

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 22 juillet 1905, à 1 heure

PAR

Jean LEDUC

DES

ADÉNITES GÉNIENNES

(Revue anatomique et clinique)

Président : M. HUTINEL, Professeur.

Juges : MM. { TROISIÈRE, Agrégé.
THIROLOIX, Agrégé.
GOUGET, Agrégé

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs

Anatomie
Physiologie
Physique médicale
Chimie organique et chimie minérale
Histoire naturelle médicale
Pathologie et thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Opérations et appareils
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée

Clinique médicale..

Maladies des Enfants
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique
Clinique des maladies des voies urinaires
Clinique d'accouchements
Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile

M. DEBOVE.
MM.
POIRIER.
CH. RICHT.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD
HUTINEL
BRISSAUD
LANNELONGUE.
CORNIL
MATHIAS DUVAL.
RECLUS.
POUCHET
GILBERT
CHANTEMESSE
BROUARDEL.
DEJERINE.
ROGER.
HAYEM
DIEULAFOY.
DEBOVE.
LANDOUZY.
GRANCHER
JOFFROY.
GAUCHER.
RAYMOND.
LE DENTU
TERRIER.
BERGER.

DE LAPERSONNE
GUYON.
PINARD.
BUDIN.
POZZI.
KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM
AUVRAY
BALTHAZARD.
BRANCA
BEZANÇON.
BRINDEAU.
BROCA André.
CARNOT.
CLAUDE.
CUNEO.
DEMELIN.
DEGREZ.

MM
DUPRE
DUVAL.
FAURE.
GOSSET.
GOUGET.
GUIART.
JEANSELME.
LABBE.
LANGLOIS.
LAUNOIS.

MM
LEGRY.
LEGUEU
LEPAGE
MACAIGNE.
MAILLARD.
MARION.
MAUCLAIRE.
MERY.
MORESTIN.
POTOCKI.

MM
PROUST.
RENON.
RICHAUD
RIEFFEL (chef des
Travaux anatomiques.
TEISSIER.
THIROLOIX
VAQUEZ.
WALLICH.

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE.

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés
Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Les adénites des ganglions de la joue sont assez rares si on les compare aux affections ganglionnaires du cou, mais cette rareté n'est que relative. Les nombreuses observations que nous avons trouvées dans la littérature médicale publiées depuis quelques années nous permettent d'affirmer que ces adénopathies sont plus fréquentes qu'on ne le suppose.

En effet, leur existence a été souvent méconnue, car ce n'est que depuis un peu plus de vingt ans que leur anatomie a été étudiée. Souvent les symptômes qui les accompagnent sont si peu bruyants que leur présence n'attire pas l'attention du malade ; souvent enfin, dans bien des cas, ces adénites ont été prises pour des affections différentes. C'est contre ces erreurs que nous voulons mettre en garde le clinicien, nous voulons surtout lui permettre, en mettant en relief les caractères propres des adénites génieuses, de ne jamais les laisser passer inaperçues et d'y apporter un traitement précoce et efficace. Nous n'avons pas voulu, dans ce tra-

vail, donner des théories nouvelles ou faire preuve de connaissances étendues, nous avons seulement mis tous nos efforts à rassembler les notions établies jusqu'à ce jour sur cette affection.

Il nous a paru intéressant de résumer les travaux sur l'anatomie de ces ganglions pour la clarté de la question. Dans le chapitre d'étiologie, nous avons surtout voulu attirer l'attention sur l'origine dentaire de ces adénites, pour montrer combien sont étroits les rapports qui unissent l'art dentaire à la médecine, dont il n'aurait jamais dû être séparé.

Mais, avant d'aborder notre sujet, ce n'est pas sans une certaine émotion que nous jetons un regard en arrière sur nos années d'étude. Nous sommes heureux de pouvoir ici exprimer à nos Maîtres dans les hôpitaux nos sentiments de reconnaissance et de pouvoir les remercier de leur bienveillant accueil.

M. le docteur Routier voulut bien guider nos premiers pas en chirurgie, qu'il nous permette de le remercier de la bienveillance avec laquelle il nous facilita ce début.

Nous devons au docteur Jalaguier plus qu'une reconnaissance d'élève. Nous avons eu le bonheur de passer notre première année d'externat dans son service. Il n'a cessé de nous témoigner la plus grande sympathie pendant ce temps et plus tard encore, dans de pénibles circonstances.

M. Faisans voulut bien nous garder comme externe dans son service pendant deux années consécutives. Nous n'oublierons jamais ces deux années passées à

ses côtés. C'est à lui que nous devons la plus grande partie de nos connaissances médicales. Qu'il nous permette de le remercier de la bienveillance qu'il nous a toujours montrée.

Nous remercions également :

M. le docteur Boissard, qui nous accueilli dans son service de la maternité de Tenon, nous prodiguant ses conseils éclairés et nous facilitant la pratique des accouchements.

M. le docteur Martin Roux, qui nous apprit à instituer une thérapeutique raisonnée et prudente.

MM. les docteurs Gasne et Dufour dont nous n'avons été que trop peu de temps l'élève.

Nous tenons à remercier d'une façon spéciale M. le docteur Cruet, dentiste de la Charité, pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et les conseils qu'il nous a toujours prodigués. C'est à lui que nous devons la plus grande part de nos connaissances de l'art dentaire : nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte de lui témoigner notre vive reconnaissance.

Nous n'oublions pas non plus nos premiers maîtres en art dentaire : le docteur Siffre et le docteur Robin, dentiste des hôpitaux dont maintes fois nous aurons à mettre à profit les sages conseils au cours de la carrière que nous allons remplir.

Le docteur Weber agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, nous a été d'un précieux concours pour rédiger notre chapitre d'anatomie nous tenons à le remercier

en souvenir de la cordiale affection qui nous unit.

Que nos camarades soient convaincus de notre entier dévouement et qu'ils nous conservent l'amitié qui nous a toujours unis.

Qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Hutinel de l'excellent enseignement qu'il nous a prodigué pendant l'année d'externat que nous avons passée dans son service où il nous fit connaître et aimer la clinique infantile. En acceptant aujourd'hui la présidence de cette thèse, notre éminent Maître nous fait un honneur dont nous sentons tout le prix. Nous le prions d'accepter l'hommage de notre très respectueuse gratitude.

HISTORIQUE

Bien que depuis plus d'un siècle plusieurs anatomistes aient signalé l'existence des ganglions de la joue, l'histoire des adénites géniennes est de date récente et ne remonte guère à plus de vingt ans.

C'est le professeur Poncet de Lyon, qui appelle pour la première fois l'attention sur les adénites géniennes. En 1884, il observe un cas d'adénite tuberculeuse de la joue qui appelle son attention sur les manifestations lymphatiques de cette région. D'autres observations lui permettent de montrer que la clinique révélait dans l'épaisseur des joues l'existence de ganglions qui pouvaient, là comme ailleurs, s'enflammer, s'infecter, et que leurs modalités jusqu'alors inconnues étaient les mêmes que celles des adénites des autres régions.

Les observations de Poncet font l'objet de l'intéressante thèse de Vigier, premier travail d'ensemble sur la question, dans lequel il s'occupe surtout de la pathologie de ces ganglions.

Puis les observations deviennent plus fréquentes et

plusieurs monographies sur la question paraissent successivement.

Pollosson attire l'attention sur les lésions d'un ganglion maxillaire. La même année, Petit publie dans l'*Union médicale*, un article sur l'adénite de Poncet.

En 1893, Catrin fait à la Société médicale des hôpitaux de Paris une communication sur l'adénite de Poncet dans les oreillons.

En 1895, Albertin publie dans les Archives provinciales de chirurgie, un mémoire sur la question apportant de nouvelles observations et se basant sur le fait, que personne avant Poncet n'avait attiré l'attention sur ces adénites, il propose de donner à cette affection la dénomination d'adénite de Poncet, dénomination qui fut acceptée par l'Ecole de Lyon.

Aubert prétend avoir observé souvent ces adénites, chez les enfants scrofuleux de l'Antiquaille.

En 1889, Princeteau reprend l'étude anatomique de ces ganglions. Le résultat de ses recherches sont reproduites dans la thèse de son élève Capette Laplène.

En 1900, Buckbinder et Partsch dans l'*Odontologische Blätter*, publient quelques cas d'adénites génienues.

Thevénot, donne dans la Gazette des hôpitaux, une revue générale, où il s'attache surtout à la description des signes cliniques et du diagnostic.

Mériel, publie une observation d'adénite sous-muqueuse suppurée.

En 1901, Férier fait à la Société de stomatologie, une communication sur les manifestations buccales de la grippe simulant une odontopathie. Dans la discussion

qui suivit, Lebedinsky émet l'opinion qu'il s'agissait probablement d'adénite de la joue, d'origine dentaire reconnaissant comme cause le polymicrobisme buccal.

Enfin, plus récemment, Lebedinsky dans les Archives de stomatologie, établit le rapport de ces adénites avec les lésions dentaires ou gingivales.

Dans sa thèse sur les adénites d'origine dentaire, Contenau mentionne ces adénites.

Dernièrement, Lebedinsky ajoute de nouvelles observations d'anénites géniennes, d'origine dentaire.

Enfin, Nogué et Montès attirent de nouveau l'attention sur l'origine dentaire de ces adénites.

Cette série de travaux se succédant dans un intervalle aussi restreint, nous montre que ces lésions sont bien plus fréquentes qu'elles ne paraissent l'être au premier abord, sans cependant qu'on puisse comparer leur fréquence à celles des adénites sous-maxillaires. Remarquons, d'ailleurs, qu'on voit souvent l'altération de ces derniers ganglions succéder à un état pathologique des premiers.

ANATOMIE

Les premières données anatomiques sur cette question se trouvent dans l'ouvrage de Cruikshanks : « On trouve dit-il, sur cette région du corps de petites glandes qui appartiennent aux absorbants des côtés du visage. Les plus élevées de celles-ci, sont immédiatement sous les apophyses zygomatiques des os temporaux, d'autres sont longées sur la surface extérieure des glandes parotides, aussi bien qu'au dessus des muscles buccinateurs. Il peut y en avoir quatre, cinq ou six, quelquefois aucune ».

Dans son atlas publié en 1787, Mascagni, signale sur le trajet des troncs lymphatiques qui avoisinent l'artère faciale, deux ganglions lymphatiques, immédiatement au-dessus du bord alvéolaire du maxillaire inférieur, couchés sur la face externe du muscle buccinateur, au-dessous du canal de Stenon ; l'un est situé en avant, l'autre en arrière de l'artère. Au dessous de ces deux ganglions, Mascagni en trouve deux autres sur la face externe du maxillaire inférieur immédiatement en avant de l'artère faciale. Ces ganglions émettent des troncs

qui communiquent avec les ganglions parotidiens péauriculaires et sous-maxillaires. L'auteur a reconnu en outre que ces ganglions ne sont pas constants ainsi que Cruikshanks l'avait déjà constaté.

« Vasa lymphatica qui ex facie proveniunt vel in glandulas interauriculam et et maxillam inferiorem locatas tendunt, vel ad eas quæ secundum maxillæ basim ac circa arteriam et venam facialem mylohyoïdio maxima ex parte accumbunt. »

Nous trouvons encore ces ganglions mentionnés plus loin, à propos des lymphatiques qui viennent de la région latérale de la tête et de la région externe des paupières :

« A media parte frontis, naso, et iis finitima palpebrarium portione trunculi emergunt qui sibi adscitis non nullis aliis lymphaticis ex musculis ac pinguedine in cavo orbitæ sitis prodæuntibus juxta venæ facialis decursum in unicum vel duos truncos conjunguntur. Hi in ramos dermo dividi solent et in glandulas immitti inter maxillæ basim et biventre dispositas, quas similiter adeunt maxima ex parte trunci qui ex labiorum musculis ipsorumque pinguedine et ex interna labiorum et buccorum superficie proveniunt, sive nuper memoratis uniantur, sive propriis truncis immediate in easdem glandulas se immittant. In hoc itinere glandulas nonnullis quandoque occurrunt musculo buccinatori extrorsum accumbentes, quas pervadunt aliqui eorum rami, priusquam prædictas glandulas subeunt. »

Dans les légendes annexées à ses planches, il dit encore : « Glandulæ basi maxillæ inferiores inter mus-

culum masseterem ac depressorem anguli oris sitæ quæ recipiunt lymphatica ex genis, fronte, palpebris, naso labiis mento faucibus ac gingivis prodeuntes » et il ajoute en note : « Glandulæ 128 situ pariter ac numero variant. Nonnunquam inveniuntur aliæ parvæ glandulæ juxta venam facialem ordinatæ in pinguedine demersæ, quæ musculus buccinatorem tegit. »

Dans son livre De la face, où il consacre cependant un important chapitre à la circulation lymphatique, Luschka ne fait aucune allusion à ces ganglions.

Boyer et Cloquet signalent de nouveau ces ganglions situés contre le muscle buccinateur, mais ils n'ont pas retrouvés les ganglions accolés à la face externe du maxillaire inférieur que Mascagni avait décrits.

Bourgery et Jacob signalent de deux à quatre ganglions de petit volume ; ils sont situés entre l'artère et la veine faciales, appliqués sur le buccinateur ; protégés en arrière par la saillie du masseter et en haut par celle du grand zygomatique.

Souvent deux de ces ganglions sont placés plus bas sur le maxillaire inférieur, entre le masseter et le triangulaire des lèvres ; intermédiaires entre les ganglions buccaux proprement dits et le chapelet sous maxillaire. L'amas ganglionnaire buccal reçoit des troncs lymphatiques faciaux, génien, labiaux, mentonniers et masseterins ; inférieurement ces ganglions se vident par plusieurs rameaux dans les ganglions sous-maxillaires qui communiquent avec les rameaux parotidiens. Les ganglions buccaux drainent la lymphe de la partie médiane de la face.

Gallet, dans son Atlas iconographique, dessine plusieurs ganglions lymphatiques situés sur la face externe de la joue.

Cruveilhier, après avoir signalé le groupe des ganglions lymphatiques sous-maxillaires, en indique plusieurs qui occupent la face externe de la mandibule, le long des vaisseaux faciaux, au-devant du masseter, et il distingue trois groupes de ganglions : des ganglions parotidiens, des ganglions zygomatiques et des ganglions buccinateurs. Plus loin, il décrit ainsi les lymphatiques de la face : « Les autres accompagnent les vaisseaux faciaux qui les avoisinent ; plusieurs traversent les ganglions buccinateurs, tous arrivent aux ganglions sous-maxillaires ».

Il semblait que d'après tous ces anatomistes l'existence des ganglions géniens était bien établie. Pourtant la plupart des anatomistes de la seconde moitié du XIX^e siècle les passent sous silence, ce que Meyer, Gegenbaur, Henle, Langer, Told, Merkel nomment ganglions faciaux profonds ou ganglions maxillaires internes, ce sont des glandes lymphatiques situées à la partie postérieure du buccinateur, contre le constricteur supérieur du pharynx ; ces ganglions n'ont donc rien à voir avec les ganglions géniens.

Rauber indique pourtant d'une façon très nette, l'existence de quelques ganglions appliqués sur le buccinateur et qui reçoivent leurs vaisseaux lymphatiques des côtés de la face ; et cependant Gray signale aussi les glandes buccales qui traversent les lymphatiques de la face avant de se rendre aux ganglions sous-maxillaires.

« They (les lymphatiques) then pass obliquely across the face running with the facial vein, pass through the buccal glands, on the surface Buccinator muscle, and join the submaxillary lymphatic glands. » Il faut arriver au travail de Vigier pour que l'attention soit de nouveau attirée sur ce groupe ganglionnaire. Les recherches de Vigier ont été faites à l'instigation de Poncet.

Les observations anatomiques de Vigier ne semblent pas très approfondies, sur trente sujets qu'il a disséqués, il n'a trouvé qu'une fois dans la joue un ganglion lymphatique : il était situé sur la face externe du maxillaire inférieur, en contact avec l'artère faciale. Ces résultats presque négatifs et assez différents de ceux qui vont suivre n'ont rien d'étonnant, venant d'un observateur sans doute peu rompu aux travaux d'anatomie et n'ayant pas recouru à une technique spéciale. Les renseignements les plus intéressants contenus dans le travail de Vigier ne viennent pas de lui, mais de Jaboulay et de Debierre.

Jaboulay s'est adressé à des sujets morts de maladies infectieuses telle que la tuberculose. Il a trouvé au-dessus du bord inférieur du maxillaire inférieur, trois petits ganglions très nets, situés entre l'artère et la veine faciale au voisinage de ces vaisseaux, superposés les uns aux autres et distants entre eux de plusieurs millimètres. Le plus élevé repose sur la face externe du buccinateur et se trouve plus ou moins au-dessus d'une ligne prolongeant en arrière la commissure

labiale, il paraît être renfermé dans un espace quadrangulaire formé en haut par le grand zygomatique en bas par la veine coronaire, en dedans par l'artère, en dehors par la veine faciale. Les deux autres sont situés plus bas sur la face externe de la mandibule entre l'artère et la veine faciale. L'un est situé dans l'angle formé par la veine faciale et la veine coronaire, il répond au bord alvéolaire. Le second est situé au-dessous et en avant du précédent, accolé à l'artère faciale, un peu au-dessus de la partie moyenne de la face externe du maxillaire.

Tous ces ganglions étaient placés au-dessous du tissu cellulaire sous-cutané présentant des rapports de voisinage immédiats avec l'artère et la veine faciales. Les ganglions avaient le volume d'un grain de blé, presque d'un petit pois.

Il n'y avait pas de doute sur leur nature, qu'a du reste confirmé l'examen histologique ; il s'agissait bien de tissu lymphatique.

Debierre a observé une disposition un peu différente, il a vu quelquefois un ou deux vaisseaux lymphatiques suivre le canal de Stenon et aboutir à un ou deux petits ganglions de la grosseur d'une lentille, situés sur la face externe du buccinateur, à l'endroit où le canal excréteur de la parotide perce ce muscle. De ces petits ganglions partent des lymphatiques dont les uns s'engagent dans l'épaisseur même du buccinateur et dont les autres se dirigent vers les régions sous-maxillaires, la région malaire et les lèvres. Il peut y avoir aussi d'après Debierre des ganglions sous-aponévrotiques appliqués sur le buccinateur.

S'appuyant sur la clinique, Vigier distingue trois groupes de ganglions. Le groupe massétérin formé de deux ganglions situés sur la face externe du maxillaire un peu au-dessus du bord inférieur de cet os, proches du bord antérieur du masseter. Le groupe des ganglions commissuraux situés à peu près à la hauteur de la commissure labiale et le groupe sous-orbitaire ou malaire formés de ganglions situés au niveau de l'os malaire ou de la branche montante du maxillaire supérieur. Ce dernier groupe n'aurait été, du reste, constaté que cliniquement. Il signale encore l'existence de ganglions profonds.

Albertin ne fait que confirmer les données du travail de Vigier. Ses recherches sont surtout intéressantes par ses observations cliniques ; il a retrouvé les groupes de ganglions entrevus cliniquement par Vigier et Poncet. Albertin admet aussi l'existence de ganglions sous muqueux.

Tillaux signale un ganglion siégeant sur le milieu de la face externe du maxillaire inférieur en avant du masseter et sur le trajet de la faciale.

Testut dit avoir rencontré exceptionnellement quelques ganglions à la face : ils sont toujours de petites dimensions et se disposent ordinairement le long de la veine faciale il a en outre trouvé dans deux circonstances à l'amphithéâtre des ganglions à siège tout à fait anormal. Une première fois le ganglion était situé sur une ligne partant de l'angle interne de l'œil pour se rendre au niveau de l'angle antérieur et inférieur du masseter, à la réunion du tiers supérieur de cette ligne

avec les deux tiers inférieurs. Une autre fois, il a rencontré un ganglion dans le sillon naso-génien.

Le travail de Princeteau sur les ganglions géniens est un ensemble de recherches anatomiques bien supérieur à toutes celles que nous venons de citer. Princeteau a procédé par injections, soit à l'encre de Chine, soit au mercure. Il a trouvé vingt fois des ganglions géniens sur trente-deux dissections ; ce chiffre est intéressant à rapprocher de celui de Vigier. Le nombre de ces ganglions varie de un à trois ; leur forme tantôt arrondie, tantôt allongée dans le sens vertical ou dans le sens transversal. Leur situation est très variable. La classification de ces ganglions que proposaient Vigier et Albertin était une classification d'ordre clinique celle que donne Princeteau est basée sur les faits anatomiques.

C'est sur le trajet des lymphatiques qui traversent obliquement la joue accompagnant l'artère et la veine faciale que se trouvent les ganglions. « Quant à leur situation, dit Princeteau, elle n'est pas fixe, il faut limiter les recherches dans l'aire et sur les bords d'un triangle dont la base est représentée par la veine faciale, les deux côtés par l'artère faciale dont l'incurvation au niveau de la commissure représente le sommet. Tirez une ligne de la commissure labiale sur l'embouchure du canal de Stenon, vous partagerez de la sorte le grand triangle en deux triangles secondaires dont l'inférieur sera de beaucoup le plus intéressant au point de vue ganglionnaire. Ce petit triangle inférieur inclus dans l'écartement des deux vaisseaux artère et veine faciale

comporte deux régions distinctes : l'une inférieure occupant le sommet du triangle est en rapport avec la face externe de l'os maxillaire inférieur, l'autre plus large et plus élevée est formée toute entière par la paroi mobile du buccinateur revêtu de son aponévrose dans sa portion sous jacente au canal de Stenon. »

Il classe les ganglions suivant qu'ils occupent l'une ou l'autre de ces régions, suivant qu'ils seraient couchés sur le plan osseux ou sur le plan musculaire.

Il nomme ganglions buccaux un premier groupe situé sur la face externe du buccinateur ; ces ganglions sont toujours situés en avant de la veine faciale. La position de ces ganglions est du reste variable, ils sont au-dessus ou au-dessous du canal de Stenon et quelquefois en contact avec la boule graisseuse de Bichat. Jaboulay avait vu trois de ces ganglions ; Princeteau n'en a jamais trouvé plus de deux.

Les ganglions sous maxillaires sont appliqués sur la face externe du maxillaire inférieur ; c'est, d'après Princeteau, le groupe le plus fréquent ; le plus souvent ce groupe est réduit à un ou deux ganglions, quelquefois il est composé par trois de ces glandes. Ces ganglions ont des positions variables mais il n'est pas rare de voir l'un d'eux contracter des rapports très étroits avec l'artère et la veine faciale à leur passage sur la mandibule.

Princeteau décrit encore un ganglion infra-maxillaire situé sur le bord inférieur du maxillaire inférieur et qui peut être ramené par la pression du doigt, soit au-dessus, soit au-dessous du bord inférieur de cet os. Une fois il a rencontré un ganglion lymphatique sur la

face externe de l'orbiculaire des lèvres à 8 millimètres de la commissure droite. Il signale aussi un petit ganglion en avant de l'artère faciale en regard de la partie moyenne du sillon naso-génien. Par contre, ses recherches anatomiques lui font rejeter l'existence des ganglions sous-aponévrotiques. D'après lui, ces ganglions signalés par Vigier ne seraient autres que des glandules salivaires comme le prouveraient les examens histologiques qu'il en a fait. N'ayant jamais observé les ganglions sous-orbitaires et malaires observés cliniquement par les élèves de Poncet, il pense qu'il est permis de faire des réserves sur leur existence.

La Thèse de Capette Laplène ne fait que reproduire les données anatomiques de Princeteau.

Buchbinder distingue un groupe de ganglions sub-maxillaires qui répond à celui de Princeteau ; il est situé à la face externe de la mâchoire inférieure, en avant du masseter. Un second groupe formé par les ganglions buccaux antérieurs se trouve en arrière de la commissure labiale ; les ganglions qui se trouvent sur le buccinateur près du point de pénétration du canal de Sténon forment le groupe buccal postérieur. Enfin les ganglions situés au niveau du maxillaire supérieur forment un groupe à qui cet os donne son nom.

Küttner, à propos de la propagation des épithéliomas du nez, a vu que les ganglions sous-maxillaires recevaient un grand nombre de troncs lymphatiques des téguments du nez. D'après lui, les ganglions lymphatiques

gédiens collectent les lymphatiques de la région nasale,

Polya et Navratil ont fait des recherches qui paraissent fort sérieuses ; ils ont retrouvé les ganglions gédiens avec toute l'inconstance de leur nombre et de leur position. Leurs vaisseaux afférents viennent pour une faible partie, des lèvres et de la peau des joues, pour la plus grande partie de la muqueuse gédienne.

Küttner est amené par ses recherches chirurgicales à préciser à nouveau la position des ganglions lymphatiques gédiens. Ces ganglions sont situés soit à la face externe du maxillaire inférieur au niveau de l'artère et de la veine faciale, ce sont des ganglions sous-maxillaires aberrants, ou bien dans la substance même de la joue sur une ligne allant de la commissure des lèvres au tragus. C'est ce dernier groupe de ganglions qui est le plus important ; les glandes qui le composent sont presque toujours en dehors du buccinateur, rarement en dedans ; ces ganglions sont inconstants mais très fréquents. Tous ces ganglions buccaux sont des ganglions appartenant à la catégorie des ganglions intercalaires de Stahr ; qui se laissent toujours franchir par les injections et dont la présence est inconstante. Ils sont situés sur des troncs lymphatiques provenant du nez, des lèvres, des régions temporales et gédiennes, de la muqueuse des joues, des alvéoles dentaires du maxillaire supérieur, de la parotide, du palais, des amygdales.

Treundel n'ajoute rien aux données de Küttner, ses

résultats sont conformes à ceux de ces derniers auteurs.

En résumé nous voyons que les ganglions géniens ont été vus incomplètement par Mascagni. Les ganglions buccinateurs qu'il n'a pas dessinés et qu'il signale dans une note, ont été rapidement oubliés. Les ganglions maxillaires qu'il a représentés et décrits ont été reproduits d'après ses figures par les anatomistes qui l'ont suivi, puis ils ont été confondus avec les ganglions sous maxillaires.

Il faut arriver aux observations cliniques de Poncet et aux travaux qu'il a inspirés à Vigier, Albertin, etc., pour avoir une description complète de ces ganglions.

Plus récemment les recherches de Princeteau, Buckbinder, Küttner, Polya et Navratil ont complété cette étude.

Poirier résume les travaux antérieurs à l'apparition de son traité. Nous ne pouvons mieux faire que de nous reporter à la description qu'il en donne.

Il préfère la désignation des ganglions faciaux plus compréhensible que celle des ganglions géniens sous laquelle ont les décrits habituellement.

Ces ganglions forment trois groupes échelonnés l'un au-dessus de l'autre sur le trajet des vaisseaux faciaux. Ces trois groupes répondent au maxillaire inférieur, au buccinateur, et au maxillaire supérieur.

GROUPE INFÉRIEUR OU SUS MAXILLAIRE. — Repose sur la face externe du maxillaire inférieur entre le bord antérieur du masseter et le bord postérieur du triangulaire

des lèvres au dessous du peaucier. Ce groupe comprend le plus souvent : deux ganglions, quelquefois un, rarement trois superposés ou situés en avant les uns des autres. Il est parfois directement relié au groupe sous maxillaire par un ganglion placé au niveau même du bord inférieur de la mâchoire : c'est le ganglion infra-maxillaire. En haut, il ne dépasse pas le rebord alvéolaire, et n'entre que très rarement en contact avec le groupe buccinateur. Le volume des ganglions est variable.

GRUPE MOYEN OU BUCCINATEUR. — Moins fréquent que le groupe précédent : il comprend tous les ganglions situés sur la face externe du buccinateur. Tous ces ganglions sont sur une ligne, allant de la commissure des lèvres au lobule de l'oreille. Ils se divisent en deux amas distincts, situés l'un en arrière de la veine faciale autour de l'embouchure du canal de Stenon, l'autre en avant de la veine ; extérieurement ces deux groupes sont séparés par une ligne allant de l'angle externe de l'œil à l'angle antéro-inférieur du masseter.

Amas rétro-vasculaire ou postérieur, formé par un ou deux ganglions, situés en arrière de la veine faciale au point où le canal de Stenon, perfore le buccinateur, le plus souvent ils sont situés au-dessous de ce canal ; quelquefois placés au-dessus du canal de Stenon, ils arrivent alors par leur extrémité supérieure au contact du bord inférieur de l'os malaire, et sont partiellement recouverts par les fibres les plus postérieures du grand zygomatique. Il ne faut pas les

confondre avec les lobules glandulaires aberrantes situées ordinairement plus en avant et d'ailleurs inconstants.

Amas moyen inter-vasculaire, comprend deux ganglions placés entre l'artère et la veine faciale à deux centimètres en arrière de la commissure labiale, ils reposent sur l'aponévrose buccinatrice dans le tissu cellulo-graisseux qui sépare l'artère de la veine, ils sont recouverts par les fibres postérieures du grand zygomatique.

Poirier signale un ganglion antérieur pervasculaire très rare, placé sur la face externe de l'orbiculaire des lèvres dans le tissu cellulaire sous cutané, à huit ou dix millimètres de la commissure labiale : c'est le ganglion commissural de Princeteau.

GROUPE SUPÉRIEUR. — Ce groupe comprend un ganglion dans le sillon naso-génien, signalé par Tillaux et retrouvé par Princeteau, un ganglion sous-orbitaire, et un ganglion malaire, dont l'existence n'a guère été constatée que cliniquement par Vigier et Albertin.

Mais s'il est vrai que la clinique a enregistré deux ou trois cas d'adénites sous-orbitaires ou naso-géniennes, il n'est pas moins vrai que les recherches anatomiques n'ont pas jusqu'à présent révélé l'existence réelle de ce groupe ganglionnaire. Nous remarquerons en outre, avec Lebedinsky, que personne ne conteste qu'un ganglion du groupe buccinateur puisse s'égarer pour se loger dans le sillon naso-génien, ou au niveau de l'os malaire, mais qu'il serait exagéré d'en faire des grou-

pes définis ; d'ailleurs les observations d'adénites malaires ou naso-géniennes sont rares. Sur trente-neuf observations publiées par Vigier, Albertin, etc., nous ne trouvons que trois observations se rapportant aux ganglions naso-géniens sous-orbitaires, malaire dont la présence n'a pas été signalée par les anatomistes.

GANGLIONS PROFONDS. — Tous les ganglions précédents sont sous cutanés. Debierre signale d'autres ganglions profondément situés au-dessous de l'aponévrose du buccinateur, dont les lésions peuvent se constater du côté de la cavité buccale. Princeteau prétend qu'il s'agit toujours là de glandules salivaires. Cependant, Poncet a enlevé par la voie buccale un ganglion sous-muqueux situé entre le buccinateur et la muqueuse ; Mériel signale la présence d'un ganglion profond appartenant au groupe buccinateur et situé sous la muqueuse ; J. Ferrier parle d'une malade qui présentait dans l'épaisseur des joues en arrière et au-dessous des commissures, un gonflement dur légèrement douloureux de la grosseur et de la forme d'une amande : cette nodosité soulevait la muqueuse qui était dure et congestionnée ; Lebedinsky signale aussi un cas d'adénite d'un ganglion profond.

CONNEXIONS AVEC LES LYMPHATIQUES. — Les lymphatiques de la joue forment un réseau des plus riches, s'anastomosant de telle sorte que tous les territoires jugal, palpébral, auriculaire communiquent entre eux. Les lymphatiques venus des téguments des

parties avoisinantes des lèvres, des ailes du nez des muqueuses buccale nasale forment plusieurs troncs parallèles à la veine faciale et se rendent aux ganglions génériens.

Les troncs qui naissent des ganglions génériens se rendent dans les ganglions sous-maxillaires. Il existe des valvules empêchant l'infection ascendante de se produire à la suite de lésions des ganglions sous-maxillaires. Par contre, il existe sur la ligne médiane des anastomoses larges et les infections en ce point retiennent sur l'une ou l'autre moitié de la face.

Voyons maintenant quelle peut être la fréquence des ganglions faciaux. Les dissections grossières ne les révèlent que s'ils sont pathologiques, il faut étaler le tissu cellulaire sur de minces lamelles et souvent même l'examiner à la loupe pour trouver ces ganglions sur les sujets sains. Ainsi s'expliquent les divergences des données fournies par les divers auteurs.

Nous avons déjà vu que Vigier sur trente dissections n'a vu qu'une fois un ganglion maxillaire, que Princeps sur trente-deux sujets trouve vingt fois des ganglions. Kuttner, sur huit cadavres, trouve trois fois des ganglions.

En somme, d'après tous ces travaux, les ganglions lymphatiques génériens paraissent présenter tous les caractères des ganglions interculaires de Stahr. Ce sont des ganglions inconstants dans leur nombre, leur forme, leur position ; ils sont situés sur le trajet des troncs lymphatiques qui vont du nez, des lèvres, des téguments

de la joue, des alvéoles dentaires aux groupes de ganglions régionnaux parotidiens ou sous-maxillaires. L'inconstance de ces ganglions paraît ne justifier que cliniquement et non anatomiquement leur classification.

ETIOLOGIE

Nous avons vu que quoique l'on ne puisse donner une description exacte des lymphatiques tributaires des ganglions génien, la majorité des auteurs pensent que ces ganglions reçoivent les lymphatiques des joues, des paupières, du nez, des lèvres, des muqueuses nasale, buccale et gingivale.

Tout agent septique qui aura pénétré par une lésion intéressant ces différentes régions pourra retentir sur les ganglions génien. Suivant la virulence de l'infection, nous verrons se développer un adénophlegmon ou une simple tuméfaction de la joue avec résolution des accidents inflammatoires ou une adénite chronique. On rencontre aussi des adénites chroniques, tuberculeuse, syphilitique, cancéreuse et des tumeurs de ces ganglions.

L'envahissement du ganglion peut adopter deux processus, ou bien il est réuni à la lésion primordiale par la lymphangite, ou bien l'infection atteint son but sans

léses les parties voisines, c'est l'infection à distance, l'adénite d'emblée.

D'après Lebedinsky, ces adénites seraient souvent, sinon toujours précédées de lymphangite tronculaire. Le tronc lymphatique enflammé part de la région gingivo-dentaire et forme une véritable bride qui va se perdre dans un ganglion de la joue, cette bride constitue le signe pathognomonique des suppurations péri-buccales d'origine dentaire, c'est le tronc lymphatique enflammé grossi d'une cuirasse de périlymphite, c'est également cette bride qui constitue le pédicule de l'abcès ganglionnaire, c'est ce que Lebedinsky appelle la queue de l'adénite.

Dans la plupart des observations, cependant, il n'est pas question de cette bride, il semble donc que les microbes pathogènes adoptent plutôt la marche par embolie.

La localisation sur tel groupe ganglionnaire dépend de la région où siège la lésion, cependant il faut faire remarquer que les groupes ganglionnaires géniens n'existent pas toujours au complet, font souvent défaut ; aussi ces localisations ne sont-elles pas toujours immuables.

ADÉNITES AIGUES

La cause primordiale, c'est l'infection plus ou moins latente, plus ou moins manifeste, due à des lésions

inflammatoires et surtout à des lésions gingivo-dentaires.

ADÉNITES AIGUES D'ORIGINE DENTAIRE. — Beaucoup d'auteurs sont actuellement d'accord sur l'origine gingivo-dentaire des adénites sous maxillaires. De même pour les adénites géniennes si on recherche soigneusement leur cause initiale, si on explore attentivement la cavité buccale, il est facile de constater que ces adénites sont dues dans la majorité des cas à des lésions profondes de la région gingivo-dentaire.

Le rôle de ces lésions est mentionné depuis longtemps. Pollosson attire l'attention sur ce point et reconnaît pour point de départ de l'adénite buccale commissurale une lésion dentaire du maxillaire supérieure. « Cette variété (il s'agit des adénites sous-maxillaires) ainsi que l'explique Gosselin dans ses leçons, répond presque toujours à des lésions dentaires de la mâchoire inférieure, le plus ordinairement ce sont les ganglions de la loge sous-maxillaire qui sont pris, quelquefois ce sont les ganglions médians ou sous-hyoïdiens quand les incisives inférieures sont malades. Plus rarement dans les affections des dents de la mâchoire supérieure, il se développe une adénite parotidienne, il existe encore une localisation ganglionnaire que je vous signale en passant. Sur le trajet de l'artère faciale et le bord antérieur du muscle masséter se trouve un ganglion dont la pathologie serait à faire, ce ganglion est parfois le siège d'un adéno-phlegmon d'origine dentaire ».

Tillaux signale l'influence des lésions dentaires dans les adénites du groupe maxillaire.

Partsa attire l'attention sur l'origine dentaire des adénites génienues, il fait intervenir surtout les lésions de la mâchoire supérieure. Cependant on voit dans plusieurs observations de Lebedinsky l'inflammation des ganglions génienus situés sur la face externe du maxillaire correspondre à une lésion gingivo-dentaire de la mâchoire inférieure.

Quelle est la nature de cette lésion gingivo-dentaire? C'est une lésion profonde atteignant le ligament, il est en effet rare de voir l'adénite génienne avec une bouche bien tenue, alors même qu'elle présenterait des lésions minimales. La bouche contribue, dans une large part, par son degré de malpropreté et son mauvais entretien, à l'envahissement ultérieur des ganglions buccaux. C'est, en effet, un excellent milieu de culture où pullulent tous les germes (nous n'entrerons pas ici dans l'étude du polymicrobisme buccal) qui trouvent dans une lésion quelconque une large porte d'entrée laissant une voie libre à l'infection.

Ou bien c'est une dent atteinte de carie pénétrante dont la pulpe est en putréfaction, ou bien c'est une dent morte qui laisse pénétrer les germes jusqu'au périoste, d'où l'infection gagne le ganglion. Les chicots nombreux en voie d'élimination, déchaussés, envahis par le pus et l'infection, une racine infectée recouverte par la gencive, les gencives rouges, tuméfiées, repoussées par le tartre, des racines déchaussées constituent une porte ouverte à l'infection. D'autres fois, c'est une

ulcération de la muqueuse causée par une dent cariée.

Une extraction pénible n'a pas besoin d'être malpropre pour déterminer une adénite. Le traumatisme agit par les solutions de continuité créées dans les téguments, qui ouvrent la porte aux microbes ; en formant des cavités anfractueuses où les germes prospèrent dans le sang et la sérosité épanchée, les éléments anatomiques irrités mal nourris n'ont qu'une existence précaire, la résistance des tissus se trouve amoindrie.

Montès signale aussi la pyorrhée comme cause d'adénite ; on peut, en effet, supposer que dans ce cas l'infection s'étend aux ganglions, mais pas plus dans sa thèse que dans les autres ouvrages nous n'avons trouvé d'observation d'adénite consécutive à la pyorrhée. Il est aussi permis de supposer que les accidents des dents de sagesse retentiraient sur les ganglions faciaux.

En résumé, la lésion de la dent est la cause primordiale de l'affection : dans la majorité des cas il s'agit d'une lésion profonde de la gencive ou du périoste alvéolo-dentaire. L'infection du ligament semble être la cause nécessaire de l'adénite ; nous savons, en effet, que la plupart des auteurs s'accordent pour nier l'existence des lymphatiques dans la pulpe dentaire, et bien que la circulation lymphatique du ligament soit contestée par plusieurs auteurs, elle est généralement admise ; Black, Gegenbaur décrivent ces lymphatiques, allant se rendre aux ganglions les plus voisins.

ADÉNITES TRAUMATIQUES. — Il existe aussi des adénites, beaucoup plus rares il est vrai, ayant pour cause des lésions des lèvres, du nez, des paupières. Tout agent septique agissant sur une plaie de ces territoires, toute affection inflammatoire qui aura atteint les affluents lymphatiques de la face, pourra manifester sa présence par un retentissement ganglionnaire, mais dans ce cas aussi ce n'est pas une lésion superficielle mais une affection grave qui provoque l'adénite.

Lenorecy signale un cas d'adénite consécutive à l'impatigo de la face. Lebedinsky rapporte une observation d'adénite ayant succédé à une plaie de la commissure labiale.

ADÉNITES DANS LES MALADIES INFECTIEUSES. — Dans l'érysipèle, l'adénite est rare. Vigier signale un cas de ganglion sous-orbitaire en rapport avec un érysipèle de l'angle interne de l'œil. Le ganglion, sensible à la pression, avait le volume d'un pois et sa disparition suivit de près la guérison de l'érysipèle.

Thévenot cite un cas d'*adénite diphtérique*. Il existait une adénite génienne et une adénite sous-maxillaire du côté de l'amygdale envahie. Les injections de sérum antidiphtérique firent disparaître les ganglions.

L'*adénite ourlienne* serait plus fréquente. Catrin fait, en 1893, une communication à la Société médicale des hôpitaux sur l'adénite de Poncet dans les oreillons. Vigier en rapporte également un cas. L'adénite a une marche aiguë et se termine rapidement par résolution.

L'adénite génienne est aussi signalée au cours de la *grippe* ; elle apparaît alors dans la convalescence, elle reconnaît pour cause une infection secondaire due au polymicrobisme buccal.

Avant de terminer cette étude des adénites infectieuses, disons que Vigier signale des *adénites idiopathiques* se développant pour ainsi dire spontanément sans aucune cause appréciable, mais dans les observations qu'il cite à l'appui de ces faits, il ne parle pas de l'état de l'appareil dentaire ; aussi est-il permis de penser que ces adénites reconnaissent pour cause soit une lésion gingivo-dentaire méconnue, soit une lésion minime des téguments.

Enfin, quelques cas d'adénite aiguë suppurée rentrent dans le cadre de la tuberculose, ce sont : les adénites tuberculeuses échauffées, c'est-à-dire compliquées par l'association de microbes pyogènes. En général, elles succèdent à la carie dentaire.

ADÉNITES CHRONIQUES

C'est au cancer ou à la tuberculose que se rapportent la plupart des adénites géniennes chroniques.

ADÉNITES INFECTIEUSES CHRONIQUES. — Ces adénites ne relèvent ni de la tuberculose ni de la syphilis, mais succèdent à des irritations répétées des réseaux d'origine des lymphatiques afférents des ganglions, souvent elles ont une origine gingivo-dentaire.

Ces adénites sont généralement sans gravité, mais il est souvent difficile de dire s'il n'y a ni tuberculose ni syphilis.

Lebedinsky pense que beaucoup des adénites strumotuberculeuses signalées par Vigier et Albertin n'étaient que des adénites chroniques d'origine gingivo-dentaire ; en effet, ces auteurs ne nous renseignent pas sur l'état des dents. « De plus, dit-il, en parcourant les observations d'adénites génienues scrofuleuses, je vois tant d'analogie avec mes cas d'adénites simples que je ne peux pas m'empêcher de croire que bon nombre des adénites froides, dites scrofuleuses, n'étaient que des adénites chroniques d'origine gingivo-dentaire.

ADÉNITE TUBERCULEUSE. — Vigier a eu le mérite d'insister sur la fréquence de l'adénite génienne tuberculeuse et d'établir de façon très nette l'existence de cette affection.

L'adénite tuberculeuse peut se produire de trois façons différentes : ou bien elle succède à une lésion tuberculeuse, ou bien elle se greffe sur un fond d'adénite aiguë ou chronique simple, ou, enfin, l'infection tuberculeuse du ganglion est primitive.

Dans le premier cas, l'infection des ganglions est secondaire à une autre lésion tuberculeuse. Ces adénites sont analogues à celles des autres régions, elles rentrent dans la classe des anciennes adénites scrofuleuses. Elles se développent chez des sujets en puissance de tuberculose ; leurs antécédents héréditaires sont chargés : les parents sont morts de phtisie ou ont été atteints de pé-

ritonite tuberculeuse, les frères, les sœurs, sont morts de méningite, sont atteints de tuberculose osseuse, le sujet semble lui-même un prédisposé. Souvent ce sont des individus faibles, chétifs, mal nourris, ayant présenté des manifestations scrofuleuses, otorrhée, eczéma, conjonctivites, parfois même ils présentent d'autres lésions tuberculeuses, soit des lésions pulmonaires minimes, soit d'autres adénites. L'adénite génienne reconnaît souvent pour cause un lupus, une ulcération tuberculeuse de la bouche, du nez des amygdales.

La tuberculose peut aussi se développer sur un fond d'adénite aiguë ou d'adénite chronique simple plus ou moins ancienne. L'inflammation banale a préparé le terrain sur lequel se sont développés les bacilles de Koch. Suivant le mot de Verneuil elle fait le lit de la tuberculose : c'est ainsi qu'une carie dentaire entraîne une tuméfaction inflammatoire des ganglions régionaux ; c'est un lieu de moindre résistance où s'est abattu le bacille souvent présent.

Dans le dernier cas l'infection tuberculeuse est primitive. La tuberculose frappe d'emblée les ganglions lymphatiques de la joue. Le bacille se fraye un passage à travers les muqueuses sans solution de continuité et se rend directement aux ganglions. En réalité c'est une dent cariée, une érosion de la muqueuse une ulcération minime qui servent de porte d'entrée.

Le bacille de Koch peut se développer dans les dents cariées où il trouve des conditions de séjour favorables. De l'alvéole, si la dent n'est pas enlevée de bonne heure ou désinfectée, le bacille gagne le ganglion pro-

duisant une adénite tuberculeuse d'origine dentaire que l'on peut mettre en regard de l'adénophlegmon. La lésion intermédiaire à la dent et au ganglion la lymphangite fait souvent défaut, les agents sceptiques sont en trop petits nombres pour irriter le vaisseau qu'il ne font que traverser.

Petit, dans sa thèse, insiste sur la fréquence et l'importance de cette voie de pénétration du bacille de Koch.

Starck a retrouvé des bacilles de la tuberculose dans la cavité des dents cariées, il a vu aussi des nodules tuberculeux entre les racines d'une dent extraite au cours d'une opération d'adénite cervicale chronique.

Morgan sur 3.160 enfants examinés reconnaît que dans 70 p. 100 des cas les ganglions infectés répondaient à des dents cariées.

Cooke de Chicago a pu retrouver un grand nombre de fois le bacille de la tuberculose dans la pulpe des dents malades.

Contenau dans sa thèse insiste sur l'origine dentaire fréquente des adénites tuberculeuses du cou.

ADÉNITES SYPHILITIQUES. — Vigier signale la possibilité de rencontrer l'adénité génienne à la suite des chancres simples ou syphilitiques de la face et surtout des lèvres.

Capette Luplène rapporte le cas d'une adénite génienne qui, sous l'influence de la syphilis contractée après son début, subit une poussée plus forte.

Fournier signale comme exceptionnelle l'adénite gé-

nienne dans la syphilis. « A signaler comme exception un cas dans lequel, à propos d'un chancre de la lèvre inférieure, j'ai rencontré un ganglion situé dans l'épaisseur de la joue à deux travers de doigts au-dessus du bord inférieur du maxillaire. »

Fournier signale encore cette adénite génienne à propos de chancres oculaires. « Les chancres oculaires ont souvent plusieurs aboutissants ganglionnaires. C'est ainsi que parfois et même assez fréquemment on trouve affectés simultanément à propos d'un chancre oculaire, et les ganglions parotidiens et les ganglions sous-maxillaires sans parler même d'un petit ganglion situé en avant du masseter, à la hauteur du canal de Stenon, juste au-dessous de la boule graisseuse de Bichat. »

ADÉNITES CANCÉREUSES. — Succèdent à un néoplasme voisin. D'une manière générale, quand l'infection ganglionnaire se produit, le néoplasme est ulcéré et a acquis un développement assez considérable. Le plus souvent, le point de départ est un cancroïde de la peau. L'épithélioma de la lèvre inférieure infecte rarement les ganglions géniens ; c'est qu'en effet les lymphatiques se rendent soit aux ganglions sus-hyoïdiens, soit directement aux ganglions sous-maxillaires.

Cependant Poncet et Buchbinder ont observé l'un et l'autre un cas d'adénite génienne à la suite d'un néoplasme de la lèvre inférieure.

Dans un cas seulement une tumeur maligne de la parotide avait déterminé, outre un engorgement sous-

maxillaire droit et gauche. une adénite buccinatrice du même côté que la lésion.

Ces adénites ont une grande importance pratique au point de vue opératoire, il faudra extirper ces ganglions avec le néoplasme originel si l'on tient à faire une opération complète. De là ressort la nécessité, en présence d'un épithélioma de la face, d'explorer toujours la joue pour y chercher l'adénite génienne.

TUMEURS DES GANGLIONS. — Capette Lapène cite un cas d'adénite génienne au cours de la lymphadénie

Poncet a vu un malade atteint de lymphagiome. Le malade était atteint d'adénite de la joue gauche sans cause apparente, il ne présentait pas d'autres ganglions; l'examen histologique de la tumeur montra qu'elle était formée d'une série de petites kystes recouverts d'endothelium.

SYMPTOMES

L'adénite génienne ne se traduit pas par de volumineuses tumeurs et ne forme jamais ces chaînes et ces amas bosselés qui se retrouvent si souvent à la région maxillaire et au cou, elle ne provoque pas ordinairement de traînées de lymphangite.

L'adénite génienne reste petite, elle ne dépasse guère le volume d'une noisette ou d'une noix avec des caractères de consistance et de mobilité variables d'ailleurs suivant sa nature et son degré d'évolution. Pour rechercher ces ganglions le palper extérieur est insuffisant, l'on aura toujours soin d'explorer la joue suivant son épaisseur, une main en dehors et les doigts de l'autre, main en dedans sur la muqueuse; on peut alors saisir entre les doigts extérieurs et intérieurs une tuméfaction bien limitée.

Divisons ces adénites en aiguës et chroniques, ces dernières comprennent l'adénite chronique simple, l'adénite tuberculeuse; à ces deux formes se rattachent l'adénite syphilitique et l'adénopathie cancéreuse.

ADÉNITES AIGUES

L'adénite aiguë peut, suivant son degré et son évolution, se présenter sous deux formes. C'est l'adénite simple, inflammation d'un ganglion lymphatique; si l'infection continue à agir, la suppuration s'établit, le pus se collecte, c'est l'adénophlegmon.

ADÉNITE AIGUE. — L'adénite débute, quelle que soit son origine, par une légère douleur, par de la gêne fonctionnelle, les mouvements sont d'abord fatigants, puis limités, le malade évite de parler, de mastiquer; il se rend compte que l'obstacle aux mouvements étendus d'écartement est le fait de la douleur et de la tension des téguments de la joue, qui paraît lourde, épaisse. La tuméfaction est cependant circonscrite et permet de distinguer un corps résistant, qui n'est autre que le ganglion dur, arrondi, mobile sous le doigt. La peau est normale, sans coloration rouge, sans adhérence. Souvent ce début est marqué par une fluxion dentaire interne, souvent des douleurs de dents violentes commencent la série, suivies de périostites ou d'un abcès alvéolaire avec retentissement sur toute la joue. La fluxion ne serait même, pour beaucoup d'auteurs, qu'un adénophlegmon avorté.

A ce moment l'adénite peut encore se résorber, le ganglion simplement enflammé revenir à son état nor-

mal, mais abandonnée à elle-même, elle évolue vers la suppuration.

ADÉNOPHLEGMON. — Quelle que soit la cause de l'adénophlegmon, son évolution est semblable, si ce n'est que la suppuration apparaît moins vite dans l'adénophlegmon d'origine dentaire.

L'adénite aiguë s'accompagne, quand elle suppure, d'un vaste œdème. L'inflammation s'étend, la joue augmente de volume, on ne sent plus le ganglion, mais une masse unique bosselée ferme résistante. La tumeur est le siège de douleurs pongitives, lancinantes, de battements, la température locale paraît élevée. Le masseter est contracturé, le malade a de la peine à ouvrir la bouche. La peau, qui avait conservé sa coloration normale, devient rouge violet, on voit à la surface de la tumeur des arborisations veineuses, bientôt sous la peau la fluctuation apparaît.

Thevenot donne de l'adénophlegmon la description suivante :

« Bientôt l'aspect est caractéristique, la bouche est entr'ouverte, laisse la salive s'écouler au dehors. Les lèvres sont tuméfiées et infiltrées jusqu'à la ligne médiane. En arrière la peau est rouge et tendue ; la tuméfaction est surtout accentuée au niveau d'une ligne qui continuerait en dehors de la fente buccale ; en bas elle s'étend jusqu'au bord inférieur du maxillaire, en haut elle remonte jusqu'à la paupière inférieure. Toute la région est chaude, douloureuse. Le masseter par sa contracture empêche les mouvements de mastication et

L'examen de la cavité buccale se trouve notablement gênée. On peut voir cependant la lésion dentaire et la muqueuse épaissie qui vient faire saillie entre les arcades dentaires. Le doigt introduit entre la lèvre et le rebord alvéolaire reconnaît l'épaisseur de la joue tuméfiée et suit la fluctuation lorsque le pus est collecté. Il permet de se rendre compte en même temps de l'intégrité du bord alvéolaire et du maxillaire correspondant. »

A ce moment la résolution n'est plus possible, l'évacuation du pus s'impose.

Si l'affection est abandonnée à elle-même, les téguments s'ulcèrent. L'ouverture laisse écouler du pus mal lié, sanguinolent et donne souvent une cicatrice adhérente déprimée et radiée.

Les phénomènes généraux sont variables, on constate des frissons, de la fièvre variable comme intensité. Le malade se plaint de maux de tête, de courbature, de perte d'appétit.

Malgré leur connexion avec les ganglions généraux, les ganglions sous-maxillaires restent indemnes pendant toute cette évolution.

ADÉNITES CHRONIQUES

ADÉNITES CHRONIQUES SIMPLES. — L'adénite chronique simple qui survient à la suite de lésions dentaires ou d'irritations répétées des téguments évolue d'une façon

lente et insidieuse. Elle est sans importance et sans gravité. Il est souvent difficile de dire si l'engorgement ganglionnaire ne tient ni à la syphilis ni à la tuberculose. Les symptômes subjectifs font le plus souvent défaut.

Le sujet remarque sa tumeur soit à cause d'un peu de gêne fonctionnelle dans les mouvements de mastication, soit par suite d'une légère déformation de la joue. La tumeur forme une masse arrondie peu douloureuse à la pression, de consistance ferme mobile sous le doigt.

Si la cause de l'infection subsiste, le ganglion suppure. Peu à peu la tumeur augmente de volume, sa consistance diminue ; le ganglion se ramollit et adhère à la peau. La peau s'ulcère, laisse écouler du pus, ainsi s'est formée une fistule qui s'oblitérera momentanément pour se recouvrir bientôt ; c'est que le ganglion a formé autour de lui une coque inflammatoire fibreuse limitant une cavité qui n'a pas de tendance à se combler.

L'orifice de la fistule est entouré de tissus ayant conservé leurs caractères normaux, seulement un peu soulevés l'exploration de la fistule par un stylet montre que le trajet est court et conduit dans une cavité à parois indurées remplies de fongosites.

Le pronostic est bénin, mais il ne faudra pas oublier que l'affection n'a aucune tendance spontanée à la guérison.

ADÉNITES TUBERCULEUSES. — Ce sont ordinairement des lésions chroniques : on a bien signalé des adénites aiguës que l'on a rattaché à une tuberculisation ganglionnaire, mais ce sont là des faits douteux.

Les ganglions de la joue sont atteints isolément ou simultanément avec ceux des autres régions ; souvent ils coïncident avec les ganglions sus-hyodurés ou sous-maxillaires, parfois ces derniers forment une chaîne ininterrompue avec ceux de la joue.

Les adénites tuberculeuses présentent un caractère commun : c'est l'évolution constante du côté des téguments.

Au début c'est une petite tumeur mobile, indolore, que le malade sent rouler sous le doigt, cette tumeur présente un volume variable, d'un noyau de cerise à une noix, elle fait saillie sous la peau ; à la palpation elle donne une sensation ferme ou molle semi fluctuante suivant l'état du ganglion. Généralement la tuberculose n'atteint qu'un ganglion sans tendance à envahir les ganglions voisins, il existe cependant aussi des biadénites. Les symptômes sont minimes, c'est à peine si le malade se plaint de fourmillements localisés, d'une gêne insignifiante pendant la mastication, d'une sensation de corps étranger dans la paroi buccale. Puis progressivement, le ganglion grossit, se ramollit, la peau participe au processus inflammatoire, s'amincit, adhère au ganglion suppuré. Si l'évolution est abandonnée à elle-même on peut voir à la suite de l'ouverture spontanée de la collection s'établir une fistule d'une durée parfois indéfinie.

On peut donc trouver une adénite génienne sous ces deux formes ou constituée par un ganglion hypertrophié induré ou par un petit abcès froid qui le plus souvent intéressera les téguments de la région. Nous n'avons noté dans aucune observation la participation de la muqueuse buccale au processus dégénératif ou ulcératif. La tuberculose génienne évolue du côté de la peau, elle aboutit à l'écrouelle.

ADÉNITES CANCÉREUSES. — Les adénites géniennes cancéreuses sont beaucoup plus rares. Elles ne se manifestent que tardivement quand le néoplasme a des dimensions étendues ou quand des irritations multiples lui donnent une allure aiguë. Les ganglions sont durs, indolores, mobiles sous le doigt. Kuttner les a vus reliés au néoplasme par un cordon dur formé par les lymphatiques engorgés.

Ces ganglions sont importants au point de vue du traitement, il faudra toujours les rechercher et les extirper, quel que soit leur volume, si l'on veut éviter que le ganglion ne devienne à son tour le point de départ d'une tumeur maligne.

DIAGNOSTIC

On peut être appelé à faire ce diagnostic dans trois circonstances différentes : ou bien, on se trouve en présence d'un adénophlegmon, ou bien il s'agit d'une adénite chronique ; ou bien, enfin la lésion déjà ancienne a suppuré, l'abcès s'est ouvert au dehors, et il a laissé à sa suite une fistule persistante.

I. — ADÉNITES AIGUES.

Les phénomènes phlegmoneux dont s'accompagne l'inflammation ganglionnaire sont susceptibles de donner le change au point de vue du siège primitif de la lésion et de son point de départ.

Y A-T-IL ADÉNITE ? — Généralement le diagnostic de l'adénite aiguë est facile.

Un furoncle de la joue serait difficilement la source d'une erreur de diagnostic. Le furoncle est plus superficiel, il est toujours sous cutané, sa forme acuminée, sa coloration rouge violacée, son évolution, l'existence d'un cratère punctiforme et surtout l'existence d'un bourbillon le distingueront de l'adénophlegmon.

La *fluxion dentaire* rappelle l'adénophlegmon. mais dans ce dernier, la tuméfaction de la joue est toute autre ; on la sent exclusivement envahie et l'on constate l'intrigité des mâchoires. Le gonflement, la douleur sont très différents du gonflement de l'ostéopériostite d'origine dentaire. La fluxion n'est souvent que la conséquence d'un abcès dont on reconnaîtra facilement l'existence en mettant le doigt de la bouche du malade.

Avec l'*abcès alvéolaire*, l'intégrité du sillon gingival plaidera en faveur de l'adénite, la présence de la tumeur douloureuse au bord de l'alvéole, sa présence dans le sillon empâté décèlera la présence d'une collection purulente alvéolo-dentaire, le diagnostic s'impose.

Un ganglion suppuré siégeant au niveau de l'artère faciale peut être animé de battements et devenir le siège d'un souffle vasculaire. L'histoire de la tumeur, son évolution feront rejeter l'hypothèse d'un *anévrisme*.

Le diagnostic avec l'*actinomyose* est plus difficile, cependant la tuméfaction a une consistance spéciale intermédiaire entre la mollesse de l'œdème inflammatoire et la dureté des néoplasmes, l'œdème n'est pas franchement phlegmoneux. Les douleurs sont très vives et surviennent par crises violentes intenses. Le trismus est précoce accentué alors que dans l'adénophlégmom, il s'agit plutôt de gêne fonctionnelle. La peau est plus rapidement envahie, elle s'amincit, rougit par place, puis s'ulcère ; la multiplicité des fistules devient alors un signe prèsqu'évident d'actinomyose. Les ganglions voisins ne sont développés qu'exceptionnellement.

Enfin l'examen microscopique du pus indiquera la nature exacte de la lésion.

Dans les formes nodulaires indolentes, le traitement ioduré tranchera la question.

L'adénite génienne du groupe maxillaire peut être confondue avec l'*ostéopériostite du maxillaire inférieur*.

L'examen de la bouche permet de distinguer ces deux affections. L'absence de douleurs et de tuméfactions du vestibule de la bouche dans l'adénite prouve l'intégrité du maxillaire. Dans l'ostéopériostite cette région est tuméfiée et douloureuse à la pression.

Les kystes sébacés ou dermoïdes enflammés diffèrent de l'adénite par leur mode de début, leur évolution, l'étude des anamnestiques.

QUELLE EST LA CAUSE DE L'ADÉNITE? — Une fois le diagnostic d'adénite posé, il nous faut rechercher le point de départ de l'affection.

Nous avons vu que dans la majorité des cas, l'adénite reconnaît pour origine une lésion gingivo-dentaire, aussi faudra-t-il commencer par pratiquer un examen minutieux de la cavité buccale.

Généralement, ce diagnostic est facile, car l'adénite ne succède guère qu'à des lésions étendues et profondes; carie pénétrante, périodontite, quelquefois cependant c'est une racine recouverte par la gencive ou une ulcération minime qui sera le point de départ de l'adénite. D'une façon générale, cependant, on peut dire que la gêne pour ouvrir la bouche est plus grande dans l'adénite d'origine dentaire, il y a généralement ainsi une

légère tuméfaction osseuse dans le sillon gingivo-buccal correspondant, souvent il existe une dent douloureuse. Le diagnostic de cette cause passera rarement inaperçu, car il sera tout naturel pour examiner de telles adénites par le palper de faire ouvrir la bouche au malade.

Si l'on ne trouve rien du côté de la bouche on fera une inspection attentive de la muqueuse nasale, des téguments voisins y recherchant les ulcérations, l'impétigo.

La tuberculose aiguë des ganglions est exceptionnelle et l'état général du sujet pourrait seul nous faire supposer cette cause.

II. — ADÉNITES CHRONIQUES

Y A-T-IL ADÉNOPATHIE DE LA JOUE ? — Quand le ganglion est petit, dur, et forme une tumeur qui roule sous le doigt, le diagnostic est pour ainsi dire aisé.

L'existence d'adénites concomittantes éclaircira le diagnostic.

Il faudra néanmoins penser aux kystes, aux gommes, etc., pour les éliminer.

Les kystes sébacés sont assez fréquents à la face ; comme les ganglions tuberculeux ils sont généralement uniques ; ils se développent très lentement, sans cause appréciable, leur volume ne dépasse pas celui d'une noisette. Dus à la rétention des produits pilo-sébacés, ils sont toujours superficiels, tandis que le ganglion roule sous le doigt, le kyste est pour ainsi dire enchassé

dans la peau, ils ont une consistance plutôt molle, la peau qui les recouvre prend rarement la teinte violacée.

Les kystes dermoïdes sont congénitaux, ils ont une consistance molle mais surtout ils sont exceptionnels en avant du masseter là où se trouvent les ganglions.

Les kystes salivaires sont rares, ce sont de petites tumeurs dures situées le long du canal de Sténon se développant aux dépens des glandules salivaires des joues.

Il faut aussi penser à la présence possible d'un lobule glandulaire plus ou moins volumineux, véritable *parotide aberrante* que l'on rencontre parfois annexé au canal de Sténon, au voisinage du point où il s'enfonce dans le muscle buccinateur. « Si nous signalons cette cause d'erreur, dit Albertin, c'est parce que dans un cas d'épithélioma de la région nosogénienne, nous pensions trouver un ganglion génien, et l'opération nous fit découvrir un lobule glandulaire, parotide accessoire du volume du noisette. Dans un autre cas d'épithélioma du dos du nez, nous eûmes à enlever un ganglion génien qui, à la palpation, nous avait donné une sensation de dureté beaucoup plus marquée que dans le premier cas. La mollesse de la petite tumeur, sa moins grande mobilité, le fait que le malade pourra l'avoir perçue avant le début de l'affection de la joue ou de la région voisine pourrait permettre de reconnaître la présence de cette parotide accessoire dont la présence à l'extrémité antérieure du canal de Sténon est d'ailleurs rare. »

Les Chéloïdes fausses succèdent à des brûlures.

Les Chéloïdes vraies, sont des tumeurs fibreuses allon-

gées, irrégulières, de petit volume, présentant des irradiations très douloureuses, elles siègent très rarement sur les joues ; généralement c'est à la région sternale qu'on les trouve, plus fréquemment chez les sujets tuberculeux.

Les lipomes buccaux ont été signalés par Dolbeau. Leur point de départ est la boule graisseuse de Bichat et par suite (la boule de Bichat étant en dedans du masseter) ils proéminent sous la muqueuse buccale en avant de la branche montante du maxillaire inférieur. Ils ont une consistance molle fluctuante qui les a parfois fait prendre pour des collections liquides, la muqueuse est soulevée à leur niveau, irrégulière, lobulée et déprimée par place.

Les gommes syphilitiques évoluent lentement se résorbent rapidement sous l'effet du traitement. Elles n'atteignent généralement qu'un petit volume si elles siègent dans le derme, elles sont fixées à la face profonde de la peau, elles sont mobiles quand elles sont dans l'hypoderme. Elles peuvent arriver à la suppuration, la peau se tend, s'amincit, devient rouge ; la fluctuation s'établit, la peau se rompt, il s'écoule un liquide filant de consistance gommeuse. Le diagnostic de l'ulcération arrondie, profonde, à bords nettement taillés est facile.

Les gommes tuberculeuses, sont irrégulières, multiples, coïncident avec d'autres manifestations tuberculeuses.

Il est à peine besoin de signaler *les tubercules sous-cutanés, douloureux*, exceptionnels dans la joue, déter-

minant des souffrances vives. *Les varices lymphatiques*, exceptionnelles dans nos climats tempérés, tandis que le ganglion est moins dur, roule sous le doigt, les varices ont la forme de dilatation cylindroïdes, *les varices* (consistance molle, renflement sur le trajet des veines, couleur violacée de la peau). *L'angiome sous-cutané* est cependant d'un diagnostic plus difficile, car à l'état de ramollissement, le ganglion tuberculeux a une consistance analogue à celle de l'angiome, mais ce dernier est congénital, il a une forme irrégulière, de plus il est irréductible, souvent il s'accompagne d'un léger réseau veineux du côté de la peau.

Les affections musculaires du masséter, hématomes, abcès, gommès, sarcomes, sont rarement confondues avec les adénites géniennes, la contraction du muscle, renseigne sur le siège exact de la tumeur et nous servira à différencier ces affections. De même, dans les *affections osseuses*, abcès ou néoplasme, la dureté de la tumeur, son adhérence à l'os sous-jacent, feront écarter l'hypothèse d'une adénite buccale.

Vigier a également insisté sur cette particularité que normalement, le bord antérieur du masséter à sa partie inférieure donne la sensation d'une petite masse roulant sous le doigt, et pouvait en imposer pour une adénite. La contracture du masséter immobilise cette masse et fait ainsi disparaître cette cause d'erreur.

III. — ADÉNITES OUVERTES

Lorsque le malade se présente à une période plus reculée, lorsque l'abcès s'est ouvert et a laissé une fistule, le diagnostic restera souvent hésitant.

Dans le cas d'inflammation banale, on reconnaîtra qu'il ne s'agit pas d'un kyste sébacé ou dermoïde, d'après l'évolution de la lésion, son origine congénitale ou non. La fistule du canal de Stenon, fistule ordinairement due à un traumatisme, est d'un diagnostic facile. Dans le cas d'adénite tuberculeuse, les bords de la fistule peuvent être envahis et devenir le siège d'une ulcération de même nature, souvent l'orifice fistuleux, masqué par des fongosités, est difficile à apercevoir. L'exploration avec un stylet conduira dans la cavité ganglionnaire et indiquera l'origine de la lésion.

Souvent la fistule d'origine dentaire, ayant pour point de départ la racine nécrosée d'une des dents de la mâchoire supérieure entourée d'une peau violacée, épaissie, ressemblera à la fistule d'origine tuberculeuse, l'extraction de la dent suivie de guérison écartera l'idée de tuberculose.

QUELLE EST LA NATURE DE L'ADÉNOPATHIE ? — Le diagnostic d'adénite chronique étant posé, il faudra rechercher qu'elle en est la cause. Les antécédents héréditaires personnels, l'état du sujet, la coïncidence avec d'autres manifestations pathologiques du même ordre, suffiront généralement à établir l'origine de l'adénite tuberculeuse. Les lésions cancéreuses de

la face ne donnent naissance à l'adénite, qu'alors quelles sont assez développées, souvent même ulcérées, et par suite seraient reconnues facilement. Là, encore il faudra penser aux adénites d'origine gingivo-dentaire et faire l'examen de la cavité buccale.

TRAITEMENT

Nous avons vu que généralement l'adénite génienne reconnaît pour cause une lésion de la cavité buccale, mais que cette affection se trouve rarement avec une cavité buccale soignée, aussi les soins de la bouche joueront-ils un grand rôle dans le traitement préventif de cette lésion.

ADÉNITES AIGUES. — Dans les cas simples, lorsque l'on a affaire à un simple ganglion enflammé si les téguments sont incolores ou légèrement rosés, si le ganglion est mobile, roule sous le doigt, on se borne à traiter la lésion qui a produit l'adénite. C'est alors qu'il faudra pratiquer la désinfection de la bouche, on fera un nettoyage soigneux, enlevant le tartre ; on recommandera au malade le brossage au savon répété matin et soir, les rinçages de la bouche avec une solution antiseptique, on extraira les chicots infectés, les dents malades seront obturées, si la dent est atteinte de pulpite on cautérisera la pulpe par les moyens habituels ou bien on l'extraira à l'aide de la cocaïne, on pratiquera une aseptie rigoureuse des canaux. Si la dent est morte on nettoiera la cavité on désinfectera soi-

gneusement les canaux, de même on pourra tenter avant de recourir à l'extraction de traiter les périodontites par les scarifications, les cautérisations les pointes de feu.

ADÉNOPHLEGMON. — Dès que l'on constate du pus l'intervention s'impose, il est nécessaire d'évacuer le pus par une ouverture. Si l'on fait cette ouverture au bistouri, on incisera au niveau du point culminant de la tuméfaction de manière à éviter autant que possible toute difformité consécutive trop apparente mais de manière aussi à éviter le canal de Stenon, les filets du nerf facial et les vaisseaux faciaux; pour cela on incisera dans le sens transversal horizontalement au-dessous d'une ligne allant du tragus à la commissure labiale.

L'ouverture au thermocautère à pointe fine semble préférable elle produit une ouverture qui ne tend pas à se refermer, l'évacuation du pus se fait facilement, la plaie se ferme au bout de quelques jours sans produire une cicatrice trop apparente.

Il faudra aussi traiter la cause, mais dans ce cas c'est l'extraction de la dent malade qui s'impose.

ADÉNITES CHRONIQUES. — Lorsqu'il s'agit d'adénites chroniques on est guidé par deux considérations. D'abord par la bénignité de l'affection, même dans les formes tuberculeuses, par la tendance de la lésion à rester stationnaire et d'autre part par des considérations esthétiques.

Tant que la tumeur est de petit volume, sans menace

de suppuration, tant que l'on peut espérer la résolution, l'expectation avec traitement général et applications résolutives est indiquée, mais il faudra cependant pratiquer l'autopsie buccale, soigner ou extraire les dents malades.

Mais dès que le ganglion est suppuré, l'intervention s'impose. La méthode des ponctions rejetées, suivies d'injections modificatives est longue et hasardeuse. On lui préfère généralement l'incision de l'abcès, l'évidement de la poche, l'ablation totale ou la destruction à la curette.

Si l'on doit recourir à une intervention sanglante, on devra autant que possible, surtout chez les femmes et les jeunes filles, enlever la tumeur par la voie buccale afin d'éviter une cicature trop apparente, mais dans la majorité des cas on devra se résoudre à l'aborder par l'extérieur ; c'est le chemin le plus court, le plus direct. La plupart de ces adénites génienues ne sont-elles pas, en effet, sous-cutanées comme l'enseigne l'anatomie. En outre, Treundel insiste sur les difficultés réelles que l'on rencontre à faire cette extirpation par la bouche, sans compter le danger de l'infection d'origine buccale.

Les ganglions cancéreux doivent être extirpés eux aussi, avec le néoplasme originel si l'on tient à faire une opération complète ; d'où ressort ce principe d'explorer toujours en présence d'un épithélioma de la face, non seulement les ganglions sous-maxillaires et sous-mentonniers, mais encore la joue.

OBSERVATIONS

Bien que l'histoire des adénites géniennes soit relativement récente, les observations en sont aujourd'hui assez nombreuses ; nous ne les citerons pas toutes mais seulement celles qui nous ont paru les plus typiques, se rapportant à chacune des causes ou à chacune des variétés que nous avons décrites.

OBSERVATION I

Adénite buccale droite consécutive à des lésions dentaires et gingivales. Guérison.

(In thèse de Capette Laplène, Bordeaux 1899.)

Mlle X..., couturière, 28 ans, se présente à la clinique dentaire de Bordeaux et demande l'extraction de quelques dents dont elle souffre.

Cette personne ne présente aucun antécédent pathologique particulier, la seule chose dont elle se plaint, ce sont les dents, et particulièrement celle du côté droit de la mâchoire supérieure. Elle accuse depuis plus de trois ans des douleurs particulières aux différents degrés de carie ; ayant toujours reculé devant une intervention violente, elle ne s'est décidée à se présenter à nous qu'à la suite de l'apparition d'une tumeur survenue à la face depuis un mois et demi environ et menaçant de s'ouvrir.

Examen de la malade. — Rien à signaler du côté de la face. Articulation dentaire normale. On constate sur une ligne allant de la commissure buccale au lobule de l'oreille, et correspondant au niveau de l'orifice du canal de Stenon une tumeur du volume d'une petite amande. Cette petite tumeur est légèrement violacée la peau n'est pas mobile sur elle, elle est même immobile sur les parties profondes ; nous ne pouvons en introduisant l'index dans le vestibule, et en la fixant par sa partie externe, constater assez certainement de fluctuation dans cette tumeur légèrement mollasse.

A l'examen de la bouche nous remarquons un certain nombre de dents cariées à la mâchoire supérieure et à la mâchoire inférieure ; mais du côté droit de la mâchoire supérieure toutes les dents molaires (grosses et petites) sauf la dent de sagesse

qui n'a point fait son apparition, sont réduites à l'état de chicots.

La première et la deuxième grosses molaires ne présentent plus de couronnes, les racines sont divisées, les gencives sont doublées de volume. Sur le côté externe des gencives correspondant à ces chicots sont deux orifices fistulaires. La pression dans ces régions est légèrement douloureuse, le choc sur les chicots ne détermine qu'une douleur confuse. En suivant avec le doigt sur le squelette osseux, nous ne constatons qu'un empiètement général assez léger.

Le diagnostic que nous portons est périostite alvéolo-dentaire chronique par infection des canaux dentaires, et par les chicots jouant le rôle de corps étrangers, et nous attribuons à la petite tumeur la signification d'une adénite par retentissement éloigné de cette affection.

Traitement : Extraction des chicots après anesthésie à la cocaïne, lavages de la bouche avec des liquides antiseptiques avant et après le repas et expectation pour la tumeur.

8 jours après, la tuméfaction gingivale a disparu, la tumeur a diminué de volume et perdu son aspect violacé. La tumeur disparaît graduellement en une quinzaine de jours.

OBSERVATION II

Adénite Buccinato Commissurale d'origine gingivo-dentaire.

(In *Arch. de Stomatologie*, 1902, n° 9, Lebedinsky.)

Mme B..., âgée de 42 ans, s'est présentée le 18 février 1902, à la consultation de la clinique de l'Ecole dentaire, pour une tuméfaction assez prononcée de la joue gauche, siégeant à trois centimètres de la commissure labiale gauche.

Cette affection avait débuté le 25 novembre 1901, par une tumeur dure, indolore. Cette tumeur augmentait peu à peu de volume; vers le 5 décembre, elle devient douloureuse, la peau

devient chaude, rouge, et au bout de sept jours, la tumeur s'ouvrit et livra passage à quelques gouttelettes de pus. La malade fut soulagée et ne fit aucune attention à son affection. Quelques jours après, la fistule se cicatrisa et la tuméfaction se referma de nouveau.

Pendant le mois de janvier 1902, la tuméfaction resta à l'état latent et Mme B... n'y prêta pas autrement attention. Enfin, le 16 février, sans cause apparente, la tuméfaction augmenta de volume, ce qui décida la malade à se présenter deux jours après à la clinique de l'école.

L'examen nous permet de constater une tumeur aplatie, située entre la commissure labiale gauche et le bord antérieur du masseter et s'étendant légèrement en avant et en haut vers l'aile du nez.

Le maximum de la tuméfaction correspond à peu près au milieu d'une ligne qui réunirait la commissure labiale au lobule de l'oreille. La peau qui recouvre cette tuméfaction présente des traînées rouges. A la palpation, on sent une masse dure, du volume d'une grosse noisette mais mal limitée. La base de cette masse est largement indurée. L'examen de la joue du côté de la bouche, révèle une induration qui se propage en haut et en avant, vers la région gingivo labiale ; cette dernière est douloureuse à la pression.

L'examen de la cavité buccale nous donne les renseignements suivants :

A la mâchoire supérieure, la première grosse molaire droite et les deux canines manquent. Toutes les autres dents sont découronnées, il n'en reste que des chicots infectés. La gencive, irritée constamment par ces chicots, est rouge violacée et présente au niveau des prémolaires gauches des excroissances qui saignent au moindre attouchement. La malade porte en plus un appareil prothétique qui s'adapte mal et qui blesse le rebord gingival.

A la mâchoire inférieure, on constate l'absence de toutes les

molaires : toutes les dents antérieures existent et sont relativement en bon état.

L'état général de la bouche laisse beaucoup à désirer. On constate tous les symptômes chroniques de cette cavité : salivation exagérée, haleine fétide, etc.

Aucune dent, aucun chicot ne fut sensible à la percussion.

On porte le diagnostic d'adénite génienne ayant pour point de départ la région gingivo dentaire et particulièrement les chicots infectés des deux prémolaires gauches ; c'est, en effet, au niveau de celles-ci que le sillon gingivo-labial était douloureux à la pression. On pratique, l'extraction des deux prémolaires du côté malade, ces racines ne présentent rien de particulier ; la plaie alvéolaire saignait beaucoup, mais pas de trou de pus. J'ai fait nettoyer la bouche de la malade et lui ai prescrit des lavages antiseptiques.

Huit jours après, la malade revenait à la consultation ; il y avait une amélioration notable. La tuméfaction avait diminué beaucoup et la face avait presque recouvré son état physiologique ; la partie malade était encore indurée, la douleur à la pression était insignifiante.

Un mois après, la tuméfaction et l'induration avaient totalement disparu.

OBSERVATION III

Adénite buccinalo-commissurale d'origine gingivo-dentaire.

(Lebedinsky. *In Arch. de Stomatologie*, 1902.)

M. L..., âgé de 46 ans, est venu me consulter au mois de février 1902 pour une tuméfaction de la joue gauche.

L'histoire de ce malade est très intéressante.

Au mois d'août 1901 a apparu brusquement, sans cause appréciable et sans réaction inflammatoire, une petite tumeur indolore de la joue gauche. Cette tumeur avait disparu au

bout de cinq jours et le malade n'y prêta pas autrement attention.

Au commencement du mois de septembre, la tumeur réapparaît et redisparaît au bout de plusieurs jours.

A la fin du mois d'octobre, les mêmes phénomènes réapparaissent, mais avec plus d'intensité ; la tumeur est plus volumineuse et douloureuse à la pression.

Le malade consulta alors un pharmacien ; celui-ci lui donna une pommade et une solution antiseptique pour la bouche. Après les premières applications de la pommade, la tumeur diminua de volume ; elle disparut complètement au bout de huit jours.

Au mois de novembre, la tuméfaction réapparaît ; le malade se décide alors à consulter son médecin, qui l'envoya chez un dentiste.

Le dentiste, après examen sommaire, décida l'avulsion de la première prémolaire du côté malade. Malgré l'avulsion de la dent, la tuméfaction persistait.

Huit jours après l'extraction, le malade retourne chez son dentiste. Celui-ci examina de nouveau le malade et découvrit dans le repli gengivo-labial, au niveau de la dent extraite, une petite fistulette par laquelle s'échappaient quelques gouttelettes de pus. Le dentiste pratiqua des lavages antiseptiques de la plaie alvéolaire et badigeonna la fistule avec de la teinture d'iode.

La tuméfaction ne disparaissant pas, le malade retourna chez son dentiste vers la fin du mois de décembre. Celui-ci ne trouvant aucune lésion évidente du côté des dents, adressa le malade à un interne des hôpitaux pour l'examen détaillé de l'affection.

Le malade, las de ces pèlerinages, s'est décidé à ne plus penser à son affection et à la traiter par le mépris. Le malade garda donc la tuméfaction sans avoir subi aucun traitement.

Le 17 janvier 1902, le malade fut pris de douleurs intenses de toute la moitié gauche de la face. Après deux jours de souff-

france, il s'est aperçu (le 20 janvier 1902), d'un léger écoulement de pus au niveau du replis gingivo-génien. Le malade dit que le pus était vert-jaunâtre et très fétide. L'écoulement du pus dura 24 heures et la température s'affaissa un peu. Au bout de quelques jours, le malade retourna chez son médecin ; celui-ci, croyant à une lésion du sinus maxillaire, lui conseilla de s'adresser à un rhinologiste.

Le malade est allé alors à la clinique des docteurs B... et M. H... et après examen rapide, on pria le malade de revenir dans huit jours. Revenu au rendez-vous, le malade fut examiné par cinq médecins. Après examen minutieux de la gorge, du nez, du sinus, les médecins ont renvoyé le malade en lui affirmant que son affection relevait de la compétence d'un chirurgien.

Pendant ce temps-là, la tuméfaction s'étendait de plus en plus, et lorsque le malade vint me trouver, voici ce que je constatai : A la vue on constate une asymétrie notable de la face, produite par la tuméfaction de la joue gauche. Cette tuméfaction siège principalement à 2 centimètres de la commissure labiale gauche et s'étend obliquement de bas en haut et d'arrière en avant vers le sillon naso-génien. Ce dernier est presque effacé. La peau qui recouvre la tumeur ne présente aucune lésion : elle est dure, parcheminée, adhière intimement aux tissus sous-jacents et ne se laisse pas plisser sous les doigts.

Au toucher on constate une tumeur dure, empâtée, on dirait une bride épaisse, tendue, analogue aux brides cicatricielles. Cette bride se dirige du centre de la joue vers la partie latérale du nez. La joue a complètement perdu sa souplesse. La muqueuse de la joue est également adhérente : il est très difficile d'examiner la région gingivo-labio-génienne à cause de la constriction partielle des mâchoires, et à cause de la bride scléreuse qui empêche toute souplesse du tissu mou.

L'examen des dents m'a donné les renseignements suivants : A la mâchoire supérieure on constata l'absence de l'incision centrale et latérale gauche, de la première prémolaire et de la

première grosse molaire du même côté. La canine gauche, la seconde petite molaire et la grosse molaire du côté gauche existent et ne présentent aucun trou de carie. La dent de sagesse gauche n'a jamais poussé.

Du côté droit, rien à noter, sauf l'absence des deux petites molaires.

A la mâchoire inférieure, rien de particulier à noter; toutes les dents sauf la deuxième grosse molaire gauche existent. quelques-unes présentent des caries superficielles.

La cavité buccale en général n'est pas dans un état parfait; les dents sont recouvertes de tartre. la gencive est légèrement enflammée.

Dans le repli gingivo-labial, au niveau de la première petite molaire avulsée, existe une petite cicatrice qui indique l'endroit de la fistulette, par laquelle s'échappait antérieurement du pus.

Aucune dent n'est sensible à la percussion.

Enfin, il existe, dans la région sus-hyoïdienne latérale gauche un ganglion dur, du volume d'une cerise et qui roule sous les doigts.

Le malade réclamait mon intervention pour le débarrasser de cette affection qui durait depuis sept mois.

J'étais très perplexe quant au diagnostic. N'étant fixé, ni sur la nature, ni sur l'origine de cette affection, l'intervention rationnelle m'a paru impossible. Ce début de l'affection par une petite tumeur dure disparaissant et revenant rapidement m'a fait penser à une adénite génienne, mais l'aspect diffus de la lésion actuelle, la dureté scléreuse des tissus plaidaient contre ce diagnostic.

J'ai commencé par faire la ponction de la tumeur par la région gingivo-génienne; cette ponction n'a donné aucun résultat: pas de trace de pus, pas de trace de collection liquide.

J'ai exploré de nouveau et avec beaucoup de difficulté la région gingivo-dentaire. J'ai remarqué cette fois-ci un pertuis sur le rebord alvéolaire, au niveau de la première grosse molaire extraite depuis longtemps déjà.

L'exploration de ce pertuis m'a révélé la présence d'une racine cachée profondément dans l'alvéole et recouverte de gencive.

La découverte de cette racine m'a éclairé sur l'étiologie et sur le diagnostic de cette affection. Il s'agissait probablement d'une adénite génienne accompagnée de lymphangite tronculaire chronique de la joue. Le traitement suivant que j'ai fait subir au malade confirme ce diagnostic.

Après avoir incisé la muqueuse gingivale, je me suis mis à la recherche de la racine; après plusieurs tentatives infructueuses, j'ai fini par extraire cette racine. Après l'extraction de la racine, dont le ciment présentait tous les signes d'ostéite raréfiante, j'ai pratiqué le curettage de l'alvéole.

Des lavages antiseptiques ont terminé cette opération.

Le malade venait me voir tous les deux jours pendant quinze jours.

La tuméfaction n'avait pas beaucoup diminué; j'ai conseillé au malade de continuer les lavages de la bouche et de venir me voir dans quinze jours.

Le 28 février, le malade est venu au rendez-vous. La tuméfaction a légèrement diminué; les tissus de la joue sont plus souples, l'asymétrie faciale persiste.

Le 15 mars. L'amélioration est notable; la joue commence à redevenir souple, la tuméfaction a beaucoup diminué, la constriction partielle des mâchoires a disparu.

Le 4 avril. La tuméfaction a presque complètement disparu; la face a recouvré son état physiologique.

J'ai revu le malade, pour la dernière fois, le 25 avril.

La guérison était presque complète, pas de trace de tumeur, le ganglion sous-maxillaire a diminué de volume. La joue redevenue souple conserve encore un peu de raideur qui disparaîtra certainement avec le temps.

OBSERVATION IV

Adéno-phlegmon d'origine dentaire.

(In *Thèse* de Vigier, Lyon, 1892.)

Claude G..., 25 ans, cultivateur. Entré le 5 mai 1892 dans la salle Saint-Joseph, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Père. 65 ans, arthritique ; mère bien portante ; un frère mort en bas âge de maladie inconnue ; neuf frères ou sœurs bien portants. Rien de particulier du côté des collatéraux.

A l'âge de 9 ans, accès de fièvre intermittente. Angine simple pendant le service militaire. En janvier 1892, le malade contracte l'influenza et garde la chambre pendant dix jours environ. Stomatites et gingivites fréquentes ; odontalgies. Pas de maladies vénériennes. Pas d'antécédents strumeux.

Au milieu du mois de mars 1892, le malade s'aperçoit, en mangeant, de la présence d'une petite tumeur, grosse, dit-il, comme l'extrémité du petit doigt, siégeant dans la joue, juste en avant du masseter, sur la ligne commissurale des lèvres. Avant l'apparition de cette tumeur, pas de piqure ou d'autres lésions de voisinage.

Cette tumeur reste seule et grossit progressivement en perdant la consistance dure qu'elle offrait tout d'abord. Gène fonctionnelle, mais indolence parfaite. Le malade applique sur sa joue un onguent que lui donne un pharmacien.

Vers le 25 mars la tumeur devient douloureuse, elle prend un développement considérable et le ganglion se confond avec les tissus indurés qui l'enlacent. Un large abcès se constitue ; il s'étend d'abord du côté de l'œil, en provoquant une légère douleur au niveau de l'os molaire, avec irradiations jusqu'au rocher. Il a peu de tendances à gagner le bord inférieur du maxillaire inférieur.

A ce moment le malade était porteur d'une plaque inflammatoire de la largeur de trois doigts et d'une épaisseur de quel-

ques millimètres. Cette tumeur rénittente paraît s'être accompagnée de traînées lymphangitiques. Pas d'adénite sous maxillaire concomittante.

3 avril. Le malade consulte un médecin qui ponctionne la tumeur par la cavité buccale au point où elle avait débuté. Ecoulement d'un liquide sanguinolent, faiblement purulent, sans odeur appréciable. Une quinzaine de jours après, la tumeur continuant à s'accroître et s'accompagnant de souffrances plus vives, nouvelle ponction, et écoulement d'une faible quantité de pus.

Depuis le commencement d'avril le malade a été forcé d'interrompre son travail, parce que ces douleurs s'exacerbent quand le « sang lui monte à la tête ».

Enfin, son état ne s'améliorant pas, son médecin l'envoie à l'hôpital où il entre le 5 mai.

Etat actuel (5 mai). La joue droite présente un empâtement considérable avec rougeur intense et généralisée. On constate la présence de quatre petits abcès échelonnés de l'angle du maxillaire inférieur au rebord inférieur de l'orbite. Ces abcès sont fluctuants, et la peau a pris à leur niveau une coloration jaunâtre.

Le plus volumineux d'entre eux, gros comme une noix, occupe l'emplacement du ganglion mentionné par le malade.

L'œil droit est fermé par le gonflement de la région ; la boule s'entrouve difficilement et la mastication est gênée.

Dentition mauvaise des deux côtés, surtout à droite, où gingivite intense. L'ouverture de ces abcès donne issue à une faible quantité de pus bien lié.

Etat général médiocre. Perte d'appétit. 38°5 le matin : 39°5 le soir.

9 mai. Malgré des pansements journaliers, de nouveaux abcès se reforment à la place des précédents ; la température s'abaisse à 37°5.

11 mai. On ponctionne les abcès suppurés. Un petit abcès est en voie de formation au niveau de l'angle externe de l'œil. Le malade est apyrétique.

14 mai. Les phénomènes inflammatoires se sont atténués. Presque plus d'empâtement ; les téguments ont à peu près pris leur coloration normale. Ouverture de petits abcès de l'angle de l'œil.

19 mai. Le malade sort guéri.

OBSERVATION V

Adeno phlegmon consécutif à des extractions.

(in Thèse de Montès. Paris 1905)

Charles D... 37 ans, vient consulter le 6 août pour une tuméfaction assez volumineuse siégeant sur la branche horizontale du maxillaire inférieur du côté droit. Cette tumeur est accompagnée de douleurs assez intenses et de fièvre légère.

Constitution robuste, nous ne trouvons rien à signaler comme antécédent ganglionnaire, d'ailleurs l'évolution rapide de l'adénite fait penser à une affection aiguë.

Il y a un mois et demi environ, atteint d'une fluxion volumineuse de la joue droite précédée de douleurs dentaires violentes il alla consulter un dentiste qui lui pratiqua l'extraction de trois dents, la première prémolaire, la dent de 6 ans et celle de douze, toutes trois sur le maxillaire inférieur à droite, on ne trouve plus de ce côté que la seconde prémolaire, la dent de sagesse ayant été extraite il y a cinq ans. Après cette intervention, la fluxion diminue, disparaît tout à fait, tout rentre dans l'ordre au bout de quelques jours, sauf cependant au niveau de la gencive où le malade constate de l'œdème, ce qui n'a rien d'étonnant d'ailleurs, vu l'importance de l'intervention et le délabrement occasionné.

Quelques jours plus tard il constate en passant son doigt sur le dos de sa joue, la présence d'une petite boule dure du volume d'un poids, roulant sous le doigt, sans aucune adhérence légèrement douloureuse à la pression.

Aujourd'hui cette tumeur a augmenté notablement de volume elle a la grosseur d'une petite noix, enflammée, rouge violacée, la peau est tendue.

Elle siège près de l'insertion du masseter, au maxillaire ; c'est l'inflammation du groupe ganglionnaire maxillaire inférieur.

La fluctuation est nette au centre.

Les douleurs provoquées sont assez intenses au point d'empêcher tout sommeil, le malade présente un peu de fièvre.

L'examen de la bouche décèle en un point de la gencive, à droite, un clapier entretenu par un débris de maxillaire, arraché pendant l'extraction. Nous l'enlevons aussitôt. Bains de bouche à l'eau oxygénée.

Ouverture de la tumeur à la peau avec le thermocautère à pointe fine, évacuation du pus. Guérison complète en quelques jours.

OBSERVATION VI

Adénophlegmon de la joue gauche.

(Vigier, in Gazette hebd. de Méd. et Chirurgie, 1892.)

Il s'agit d'une enfant de deux ans et demi, jusque-là bien portante, ne présentant aucune trace de strume, aucune lésion dentaire.

Le 5 mars 1892, l'enfant, qui était sortie par un temps froid et humide, rentra avec la joue gauche un peu enflée. La tuméfaction siégeait surtout au niveau de la face externe gauche du maxillaire inférieur. M. Poncet fut appelé auprès de cette enfant le 8 mars, trois jours après le début de ces accidents.

La joue est gonflée, la peau est rouge, tendue ; le maximum de la tuméfaction occupe la face externe et le bord inférieur du

maxillaire comme dans une ostéo-périostite d'origine dentaire. L'enfant ouvre la bouche facilement ; l'examen le plus minutieux ne révèle aucune altération dentaire, aucune lésion de la muqueuse buccale. La pression sur les dents n'est pas douloureuse ; le sillon gingivo-labial correspondant est complètement libre.

L'enfant est un peu pâle. Elle s'alimente mal depuis deux jours. Sommeil agité.

11 mars. La tuméfaction a augmenté et a toujours son maximum au niveau de la face externe du maxillaire : elle remonte par diffusion du côté de la partie supérieure de la joue. Peau rouge, violacée, lisse, tendue.

Anesthésie avec le chloroforme. Sur un point qui paraît nettement fluctuant et qui est le plus en saillie, incision de 5 à 6 millimètres, avec la pointe du bistouri. Issue d'une cuillerée à café d'un pus épais et phlegmoneux. Après l'opération, le stylet ne révèle aucune lésion osseuse, aucune altération dentaire.

13 mars. Diminution très appréciable de la tuméfaction inflammatoire. Amélioration considérable.

17 mars. Plus de trace de gonflement.

19 mars. La plaie est fermée par une croûte à laquelle on ne touche pas. Il reste une légère induration à peine douloureuse au toucher.

22 mars. Guérison complète.

Pour M. Poncet, on a affaire ici à un adéno-phlegmon à départ ganglionnaire facial.

L'absence de toute lésion alvéolaire et dentaire, le siège de l'inflammation, la guérison rapide, témoignent en faveur de ce diagnostic.

M. Poncet a, du reste, observé plusieurs fois des adénites aiguës de cette forme chez de très jeunes enfants ; elles occupaient, soit la région parotidienne, soit la région sous maxillaire.

OBSERVATION VII

Adénophlegmon. Forme infectieuse aiguë

(Albertin in Arch. provinciales de Chirurgie, 1895)

Le nommé G..., cultivateur, âgé de 42 ans rentre à l'Hôtel-Dieu dans la clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet, pour une tumeur inflammatoire de la joue gauche (le 22 juin 1894.)

Cet homme a toujours été bien portant, il n'est pas sujet aux angines et n'a jamais souffert des dents.

Interrogé, il ne peut fournir aucun renseignement valable sur la maladie pour laquelle il entre à l'Hôtel-Dieu,

L'affection a débuté il y a quinze jours, sans herpès buccal, sans plaie ou ulcération cervicale d'aucun genre, par une douleur dans la joue gauche, en avant du masséter et au-dessous de la pommette correspondante. Le malade n'eut pas de frisson au début, mais un peu de malaise général.

Depuis lors, le gonflement s'est accru, envahissant la joue et produisant une tuméfaction diffuse, accentuée surtout, suivant une ligne unissant la commissure labiale au conduit auditif. La tuméfaction remonte, en haut, jusqu'aux paupières ; elle descend en bas, jusqu'au rebord du maxillaire inférieur.

L'aspect du visage est difforme et dans l'espèce caractéristique. Il semble bien que la lésion soit essentiellement génienne. La commissure gauche de la bouche est entr'ouverte, les lèvres, séparées, œdémateuses jusqu'à la ligne médiane. Ecoulement de salive au dehors. La peau est rouge, très tendue, pas de phlyctènes ; à la pression, douleur vive, résistante, profonde.

Le malade n'a pas souffert des dents ; mais depuis huit jours il présente du trismus, et l'exploration complète de la cavité buccale est impossible.

Il existe un certain degré de gingivite avec fuliginosités. La muqueuse buccale déborde entre les deux arcades dentaires ; elle est épaissie et blanchâtre.

Pas de douleur dans la déglutition.

M. Poncet porte le diagnostic d'adénopneumon génien aigu, et sur ses indications, son chef de clinique, le docteur Burtillet, pratique l'opération nécessaire, Incision de 0,04 sur la région la plus tendue et suivant une ligne unissant la commissure au conduit auditif externe. Il s'écoule un quart de verre au moins, d'un pus épais, bien lié. Le doigt, introduit dans cette cavité, reconnaît que la paroi interne de la poche est formée par la muqueuse buccale, doublée du muscle buccinateur. Du côté de la muqueuse, on ne trouve aucune ulcération, aucune fistule, en rapport avec la cavité de l'abcès, qui s'étend en avant du côté des lèvres, tandis qu'il est limité en arrière par le bord antérieur du masséter. Les maxillaires sont indemnes, l'exploration avec le doigt, avec un stylet, ne conduit sur aucun point osseux, malade ou dénudé.

Le diagnostic d'un adéno-phlegmon génien est donc confirmé.

Drainage, pansements à plat. Gargarisme boriqué, antiseptique de la cavité buccale.

Les jours suivants, les phénomènes locaux s'étaient considérablement amendés, et G. quittait l'Hôtel-Dieu guéri, à la fin du mois de juillet.

OBSERVATION VIII (résumée).

Adénite double de la joue, érysipèle.

(In thèse, de Vigier, Lyon 1892).

Frandine M..., quarante-six ans, ne présentant rien de particulier dans ses antécédents, s'aperçoit, à la suite d'un érysipèle, de la présence d'une petite tumeur en avant du masséter

droit. Quelques jours après, apparition d'une deuxième tumeur juste au-dessus de l'autre. Ces deux nodosités se développent lentement, sans grande gêne fonctionnelle. Du côté gauche, en un point symétrique, se développe une tumeur analogue aux premières.

Rien du côté de l'arrière-bouche. La dentition est mauvaise.

Du côté gauche, outre la présence du ganglion de la région massétérine, on constate dans les régions parotidienne et sous-maxillaire de petits ganglions de la grosseur d'une datte.

Du côté droit, le ganglion inférieur qui est le premier en date fait saillie à l'intérieur de la bouche et semble adhérent à la muqueuse. A ce niveau la peau présente une coloration rouge. Ce ganglion est entouré d'une petite zone d'empatement et sa consistance est moindre que celle du ganglion situé à quelques millimètres au-dessous. Il a suppuré et a été incisé.

Le ganglion supérieur a conservé la même consistance et le même volume.

Du côté gauche, les ganglions ont diminué considérablement.

OBSERVATION IX

Adénite génienne commissurale consécutive à une pyodermite.

(In thèse, de Le Norcy, Paris 1903).

Augustine B..., 4 ans. Entrée à l'Hôtel-Dieu de Rennes salle Sainte-Eugénie, le 20 mai 1902, pour impétigo de la face et du cuir chevelu.

Antécédents héréditaires. Rien de particulier.

Antécédents personnels. Pas d'antécédents morbides, sinon quelques diarrhées. L'état général est satisfaisant ; pas de ganglions généralisés. L'alimentation se fait bien. Rien à l'appareil respiratoire, ni au cœur, ni aux reins. Pas de syphilis.

L'impétigo de face et du cuir chevelu guérit assez rapidement sous l'influence de la coupe des cheveux et de pansements humides purement suivis d'application de pommade à l'oxyde de zinc.

Seules persistent au niveau des lèvres plusieurs plaques sans cesse écorchées par l'enfant, exulcérées, en particulier aux commissures, plus marquées du côté droit. Pendant de longues semaines, la cicatrisation se fit attendre, les petites plaies furent le siège d'une infection suppurative permanente.

Lorsque l'enfant entra à l'hôpital, elle présentait aux régions post-auriculaire, mastoïdienne et cervicale des ganglions non suppurés, isolés les uns des autres (complication banale en somme de toute affection du cuir chevelu chez l'enfant) siégeant à leur lieu et place habituels.

Les ganglions sous-maxillaires étaient légèrement engorgés, surtout à droite. Jusqu'ici, rien de particulier, lorsque nous assistâmes à l'apparition d'un phénomène nouveau.

A un centimètre et demi de la commissure des lèvres, légèrement au-dessous d'une ligne allant de la commissure des lèvres au tragus, on vit apparaître un petit nodule qui, de la grosseur d'un pois, acquit bien vite le volume d'une petite noisette.

Aucun signe du côté des dents, dont aucune ne présente la moindre trace de carie, pas de périostite, la pression sur les dents n'est pas douloureuse. Les gencives sont saines, pas le moindre signe de gingivite.

La petite tumeur prise entre les doigts, dont les uns sont introduits dans la cavité buccale et les autres en dehors de la dite cavité, roule aussi bien sous la muqueuse que sous la peau, et n'est, par conséquent, adhérente ni à l'une ni à l'autre. On a la sensation de quelque chose de nettement encapsulé, mais on n'a pas la sensation de fluctuation.

La tumeur qui, au début, à la simple inspection, ne révélait sa présence par aucun signe, soulève légèrement la peau. On perçoit au niveau de la tumeur, une petite élévation, puis la

peau, d'abord normale, prend une légère teinte rosée. Cependant, il n'y a pas d'œdème, ni de trainée de lymphangite.

Les signes subjectifs sont également modérés. Il y a une légère douleur, mais qui ne va pas jusqu'à l'impotence fonctionnelle, permettant à la petite malade d'ouvrir la bouche, de souffler. Les mouvements de mastication sont peu douloureux.

Pas de phénomènes généraux, l'appétit est conservé, pas d'élévation de la température.

Bientôt, à mesure que l'infection de la commissure labiale disparaît, les signes objectifs s'atténuent progressivement. La rougeur de la peau disparaît d'abord, puis la gêne légère, provoquée par les mouvements de la joue. Enfin, la petite tumeur diminue de plus en plus, pour disparaître quinze jours après la cicatrisation de la plaie cutanée, sans laisser de traces de son passage.

OBSERVATION X

Adéno-phlegmon de la joue, consécutif à un coup de froid.

(In-thèse de Vigier. Lyon, 1892).

Fillette de 10 ans 1/2. jusque-là bien portante, ne présentant aucune trace de strume, aucune lésion dentaire.

Le 5 mars, l'enfant, qui était sortie par un temps froid et humide, rentra avec la joue gauche un peu enflée. La tuméfaction surgissait surtout au niveau de la face externe gauche du maxillaire inférieur.

M. P... fut appelé auprès de cette enfant le 8 mars, trois jours après le début des accidents. La joue est gonflée, la peau rouge et tendue ; le maximum de la tuméfaction occupe la face externe et le bord inférieur du maxillaire, comme une ostéopériostite d'origine dentaire.

L'enfant ouvre la bouche facilement ; l'examen plus minutieux ne révèle aucune altération dentaire, aucune lésion de la muqueuse buccale. La pression sur les dents n'est pas douloureuse ; le sillon gingivolabial correspondant est complètement libre.

L'enfant est un peu pâle ; elle s'alimente mal depuis deux jours. Sommeil agité.

11 mars. La tuméfaction a augmenté et a toujours son maximum au niveau de la face externe du maxillaire ; par diffusion elle remonte du côté de la partie supérieure de la joue.

Peau rouge violacée tendue.

Anesthésie avec le chloroforme. Sur un point qui paraît nettement fluctuant, incision de 5 à 6 millimètres avec la pointe du bistouri (ce point est le plus en saillie). Issue d'une cuillerée à café d'un pus épais, phlegmoneux.

Après l'opération, le stylet ne révèle aucune lésion osseuse, aucune altération dentaire.

13 mars. Diminution très appréciable de la tuméfaction inflammatoire. Amélioration considérable.

17 mars. Plus de trace de gonflement.

19 mars. La plaie est fermée par une croûte à laquelle on ne touche pas. Il reste une légère induration à peine douloureuse au toucher.

22 mars. Guérison complète.

OBSERVATION XI

Adénite buccale chronique suppurée consécutive à une extraction.

(In thèse de Capette Laplène Bordeaux 1899.)

Le sieur D... boulanger, âgé de 28 ans, incommodé par une petite tuméfaction qu'il portait dans la joue droite depuis deux

mois environ fait appeler son médecin, le docteur A... le 2 septembre 1898. Celui-ci me fait appeler et je constate qu'il existe dans l'épaisseur de la joue droite, immédiatement en avant du masséter et au-dessus du bord alvéolaire de la mâchoire inférieure, une petite tumeur discoïdale de la grosseur d'une dragée ordinaire. Cette tumeur a fait son apparition à la suite de l'avulsion d'une dent cariée (la première petite molaire). L'avulsion de la dent remonte déjà à deux mois et demi. Ce n'est que peu à peu que le gonflement s'est produit pour acquérir progressivement le volume que nous remarquons au moment de l'examen. La petite tumeur prise entre les doigts, dont les uns sont introduits dans la cavité buccale et les autres en dehors de la dite cavité, roule aussi bien sous la peau que sous la muqueuse. Elle n'est donc fixée ni à l'une ni à l'autre de ces deux couches de la joue. De plus elle donne la sensation de quelque chose de très nettement encapsulé avec contenu liquide, car il me semble percevoir de la fluctuation profonde.

La douleur a toujours été minime et moins importante que la gêne apportée à la mastification. En explorant la joue autour de la petite tumeur on sent très nettement battre l'artère faciale dont le siège est très facile à préciser au devant d'elle. Quand à la déformation elle est peu apparente et donne plutôt l'impression d'un petit corps étranger que le malade porterait dans sa bouche et qui soulèverait légèrement la joue.

Le diagnostic posé est celui d'adénite chronique suppurée de la joue, adénite ayant intéressé le ganglion buccal le plus inférieur.

L'intervention est décidée et pratiquée par la voie buccale. L'opération consiste en une incision verticale de la muqueuse buccale pratiquée sur la saillie du ganglion que repousse un aide au dehors. L'artère faciale, se trouvant en avant, est épargnée. Quand au ganglion, dès que sa coque est incisée, il laisse s'écouler une petite quantité de pus jaunâtre, à la place duquel se trouve une petite cavité fongueuse que je suis réduit à traiter par le curettage et le chlorure de zinc, une petite mèche de

gaze iodoformée est introduite dans la plaie anfractueuse qui, de la sorte, est comblée artificiellement. Le pansement est renouvelé tous les jours jusqu'à cicatrisation complète qui a demandé un mois et demi pour se faire complète.

OBSERVATION XII

Adénite buccale chronique, extirpation par la voie cutanée.

(In thèse, de Capette Laplène, Bordeaux 1899).

F..., est âgé de 28 ans, employé de commerce. Ses antécédents héréditaires sont excellents, c'est à-dire que son père et sa mère sont vivants et bien portants. Il a deux frères et une sœur qui sont également bien portants. Quant à lui, il n'a jamais été malade et c'est la première fois qu'il vient consulter un médecin,

Depuis trois mois, il s'est aperçu d'une petite tuméfaction de la joue droite qui, d'après lui, a pris des proportions inquiétantes, et c'est pour cela qu'il vient nous voir le 45 mars 1896. L'inspection révéla à peine une légère boursoufflure de la partie moyenne de la joue droite, mais lorsque nous appliquons les doigts dessus, nous sentons une petite tumeur arrondie, à contours très nettement limités. Si pour pratiquer la palpation bimanuelle nous introduisons les doigts et l'autre main dans la cavité buccale, de façon à explorer la face interne de la joue, il nous est permis de saisir entre les doigts extérieurs et intérieurs une tuméfaction bien limitée, un peu aplatie et en tout semblable comme volume et comme forme à un noyau d'abricot dont les extrémités aiguës auraient été abaissées. Les téguments, tant intérieurs qu'extérieurs, peau et muqueuse, sont parfaitement mobiles sur la grosseur qui est interposée entre les deux plans, et la grosseur elle-même est susceptible d'obéir

dans une certaine mesure aux mouvements de latéralité que nous essayons de lui imprimer. La tumeur est placée à la partie moyenne de la joue où sa consistance est dure et pour ainsi dire élastique ; il n'y a point de fluctuation. La tumeur n'est ni pulsatile ni réductible, et en promenant le doigt sur la face interne de la joue nous sentons battre l'artère faciale immédiatement en avant d'elle. Absence de douleur.

Nous nous arrêtons à l'idée d'une adénite chronique développée aux dépens des ganglions lymphatiques les plus élevés de la joue. Le malade désirant être débarrassé de cette production, l'opération est pratiquée le 25 mars 1896 par la voie cutanée. Après anesthésie préalable (chloroforme) la région buccale est soigneusement rasée et aseptisée. A l'aide d'une incision horizontale parallèle et sous-jacente au canal de Sténon, nous découvrons avec précaution la petite tumeur que nous avons pris soin de rendre plus saillante en introduisant l'index gauche dans la bouche. Nous réclinons les faciaux dont la direction est perpendiculaire à notre incision et nous évitons les filets du nerf facial si nombreux en cette région.

La tumeur est énucléée sans trop de difficultés et l'opération se termine par l'hémostase et la suture avec du crin de cheval.

Les suites de l'opération sont parfaites, au bout de huit jours les points de suture sont enlevés et quinze jours après l'opération la guérison est complète. Il ne reste plus qu'une cicatrice linéaire, rougeâtre, qui s'effacera dans la nuit.

Examen de la tumeur. Macroscopiquement, la tumeur, qui, une fois enlevée était du volume d'une petite amande, ressemblait à un ganglion hypertrophié tant à l'extérieur qu'à l'intérieur. Étudiée sur des corps histologiques, c'était bien le tissu ganglionnaire avec son enveloppe conjonctive épaissie, ses petites trabécules adénoïdes, ses follicules et cordons folliculaires et de nombreux vaisseaux.

OBSERVATION XIII

Adénite génienne suppurée froide.

(Albertin in Arch. provinciales de chirurgie, 1895)

Le 7 septembre 1884, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, n° 100, dans le service de M. le professeur Poncet, dont nous étions l'interne, le nommé B... Emile, manoeuvre, âgé de 21 ans, demeurant à La Mouche. Ce malade vient réclamer des soins pour une tumeur qu'il porte à la joue droite.

Comme antécédents héréditaires, il n'y a rien à signaler. Son père et sa mère sont bien portants. Il a deux frères, âgés de 24 et 26 ans, vigoureux et bien portants.

Comme antécédents personnels, il dit avoir été mal soigné étant jeune.

Ses parents vivent dans une seule chambre, ne se souciant guère des règles de l'hygiène. Il a eu, dans l'enfance, des adénites cervicales suppurées, dont on retrouve d'ailleurs les stigmates cicatriciels du côté droit.

La tumeur de la joue droite siège à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs d'une ligne qui réunirait la commissure labiale droite à la racine du lobule de l'oreille. Cette tumeur a débuté il y a vingt-cinq jours. Le malade s'en est aperçu alors qu'elle avait le volume d'une grosse tête d'épingle et roulait sous le doigt. En cinq jours environ, elle aurait acquis le volume (celui d'une noisette) qu'elle a actuellement. Il n'a jamais éprouvé ni douleur, ni gêne fonctionnelle de la mastication.

Les dents sont saines de ce côté.

La tumeur a une forme irrégulière, bosselée, son contour est irrégulièrement circulaire. Elle est fluctuante, indolore à la pression. La paroi interne de la joue, du côté de la cavité buccale, n'offre rien de particulier.

L'état général est assez bon, la constitution est vigoureuse. Pas de lésion pulmonaire. Nous pensons à une gomme tuberculeuse de la joue droite, diagnostic que notre maître, M. Poncet, nous fait rectifier sous cette forme : adénite tuberculeuse froide, suppurée de la joue droite.

Ouverture au bistouri, évidemment à la curette avec abrasion de la peau qui est amincie et malade. Pansement à plat.

Guérison quinze jours après l'opération.

OBSERVATION XIV

Adénite tuberculeuse de la joue droite.

(Vigier, In *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1892.)

Pierre C..., 16 ans, entré dans le service de M. le professeur Poncet, le 25 mars 1887.

Père a eu une pleurésie, est sujet à bronchites. Mère morte de phthisie pulmonaire. Deux frères morts en bas âge, l'un de pneumonie, l'autre de méningite.

Etant enfant, le malade a eu de nombreuses blépharites ou conjonctivites. Pas d'otites, pas d'impétigo du cuir chevelu. A 9 ans, fluxion de poitrine. Sujet à amygdalites. Depuis l'âge de 15 ans, dix ou onze heures de travail par jour. Séjour de deux ans dans une maison très humide.

Vers le 5 mars, le malade, qui était déjà porteur d'une polyadénite sous-maxillaire droite, voit apparaître sans cause appréciable (pas de refroidissement, pas de maux de dents, pas de stomatites, pas d'angines), une petite tumeur du volume d'une tête d'épingle, à 3 centimètres en dehors de la commissure droite des lèvres.

Gêne insignifiante ; presque pas de démangeaisons. Cette petite tumeur n'apporte aucun obstacle à la parole ou aux mouvements de déglutition.

Développement lentement progressif ; application d'une pommade d'origine suspecte.

Le 25 mars, entrée à l'Hôtel-Dieu.

A ce moment on constate dans les régions sous-maxillaires une double polyadénite bien plus accusée à droite. Dans l'épaisseur de la joue, à la hauteur de la commissure, environ à 3 centimètres en dehors, tumeur du volume d'une noisette, de consistance assez ferme, siégeant superficiellement. Cette tumeur semble adhérente à la peau ; celle-ci peu mobile, présente une légère coloration rosée. Zone d'empâtement presque insignifiante. Gêne fonctionnelle nulle.

Le 28 mars, incision et râclage de cette petite tuméfaction. Incision parallèle à bord inférieur du maxillaire, suivant la commissure labiale prolongée. On trouve un ganglion suppuré, du volume d'une noisette.

Pansement antiseptique.

Le 1^{er} avril 1887, le malade sort à peu près guéri, la cicatrisation se fait rapidement.

Le 20 juillet 1892, nous avons retrouvé le malade opéré par M. Poncet. Le 25 mars 1887, bon état général.

Polyadénite sous-maxillaire peu développée.

Les joues ne présentent aucune tumeur dans leur épaisseur.

L'opération a laissé une cicatrice blanchâtre à peine visible.

OBSERVATION XV

Lupus de la joue. Adénite génienne.

(Albertin. In Arch. prov. de Chirurgie, 1895.)

L. D..., âgée de 15 ans, est soignée à la Charité par M. le docteur Levrat, chirurgien-major de cet hôpital, pour un lupus

de la joue gauche. Sur la peau, on trouve de nombreuses cicatrices lupiques, et une série de bourrelets croûteux, que le docteur Levrat abrase à l'aide de la curette tranchante. Au niveau de la partie moyenne d'une ligne allant de la commissure labiale gauche à la racine du lobule de l'oreille du même côté, nous constatons la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'un gros pois qui fait saillie sous la peau amincie à ce niveau.

Cette petite tumeur roule légèrement sous le doigt et nous paraît être le ganglion dont nous avons déjà vu plusieurs cas. Ce ganglion est de petit volume, mais paraît, ainsi que la lésion cutanée, être en voie de transformation cicatricielle.

OBSERVATION XVI

Adénite génienne chronique avec fistule persistante.

(In thèse de Montes. Paris 1904.)

Louis L..., 27 ans, peintre. Le malade vient consulter pour une fistule siégeant au niveau de la branche horizontale du maxillaire inférieur. Cette fistule donne continuellement passage à du pus depuis un an et demi environ, date à laquelle elle s'est formée.

Il y a trois ans, le malade est pris de rage de dents violentes attribuées à la carie des dents de 6 ans et de 12 ans, siégeant sur son maxillaire inférieur, à droite.

Il remarque en même temps des poussées congestives au côté de la gencive à la même région, formation d'abcès qui s'ouvrent sans doute par les canaux de la dent, car le malade n'a jamais constaté l'évacuation du pus.

Il y a un an et demi environ, tout a disparu du côté de la bouche, les dents ne laissent plus que des chicots infectés lorsque le malade s'aperçoit qu'une tumeur évolue à la partie inférieure

de la joue, douloureuse à la pression, jusqu'au jour où le pus évacue par la joue, donnant à flots.

Depuis, la fistule existe, s'oblitérant quelquefois pour se rouvrir de nouveau quelques jours après ; cette rétention de pus est accompagnée de douleurs assez violentes.

On voit, en effet, une région légèrement surélevée au niveau du groupe ganglionnaire, adhérente à la peau, elle a la circonférence d'une pièce de 2 francs ; en son milieu on aperçoit un orifice fistuleux qui ne donne pas de pus pour le moment.

Dans la bouche, à la mâchoire supérieure, on trouve la dentition complète, intacte.

À la mâchoire inférieure, à gauche : les dents de 6 et de 12 ans atteintes de carie avancée.

À droite : les deux mêmes dents manquent, il ne reste que des racines infectées.

Bouche dénuée de soins les plus primitifs.

Nous faisons le diagnostic d'adénite génienne chronique avec fistule, provoquée par des chicots infectés.

Extraction des chicots ; lavages de la bouche.

Huit jours après, la fistule ne s'est plus rouverte à la pression ; on arrive avec peine à faire perler une goutte de sérosité de la grosseur d'une tête d'épingle.

Le malade ne s'est plus présenté, depuis, à la consultation.

OBSERVATION XVII

Adénite naso-génienne d'origine stumo-tuberculeuse.

Lebedinsky, in *Arch. de Stomatologie*, 1892.

Dame P..., âgée de 35 ans, est venue me consulter le 28 octobre 1888, pour une fistule qui siégeait au niveau du repli vaso-génien du côté droit.

Née de parents tuberculeux, la malade est d'une constitution faible ; à l'âge de 19 ans, elle présenta les signes de tuberculose ; à 22 ans, la malade se marie avec un tuberculeux. L'auscultation et la percussion révèlent des signes manifestes de tuberculose.

L'histoire de la lésion actuelle est la suivante :

La malade me dit qu'elle avait reçu un coup de poing sur la face au mois de janvier 1898.

Trois mois après ce trumatisme, la malade s'est aperçue d'une petite tumeur de volume d'un noyau de cerise qui roulait sous les doigts. Cette tumeur augmentait peu à peu de volume et était à peine sensible à la pression. Au mois de juin de la même année, la peau qui recouvrait la tumeur s'enflamma et la tumeur s'ouvrit à l'extérieur. Il s'est formé une fistule par laquelle s'écoulait du pus jaunâtre. Depuis le mois de juin jusqu'au mois d'octobre 1898 la suppuration persista.

On constate à la vue, dans le sillon naso-génien à distance égale de l'angle interne de l'œil et du sillon naso-labial une fistule. Cette fistule repose sur une tumeur qui a le volume d'une noisette. La peau qui recouvre cette tumeur est rouge violacé.

La fistule laisse échapper du pus épais. Les rebords de la fistule sont épaissis et cachent pour ainsi dire l'orifice de la fistule. On dirait une véritable végétation qui sort de l'intérieur de la tumeur.

An toucher, on constate une tumeur empâtée, renittente, indolore à la pression. L'exploration avec un stylet révèle la présence du tissu mou et fongueux, saignant facilement.

Il existe dans la région sous-maxillaire plusieurs ganglions hypertrophiés.

L'examen de la bouche ne m'a révélé rien d'anormal qui puisse expliquer l'origine de la tumeur ; l'examen oculaire sommaire ne m'a pas permis de découvrir de lésion du côté du sac lacrymal.

J'étais donc porté à diagnostiquer une adénite naso-génienne strumo-tuberculeuse d'origine traumatique.

Après avoir détruit, à l'électro-cautère, les fongosités qui cachaient la fistule, j'ai cautérisé, à plusieurs reprises, le fond de la tumeur. Malgré ce traitement, la suppuration ne se tarissait pas et la tumeur ne diminuait pas de volume. Je me suis décidé, alors, de pratiquer le curettage de la région. Muni d'une curette de petit volume, j'ai pénétré par l'orifice de la fistule et j'ai raclé doucement le fond de la tumeur. Ce curettage amena des fongosités du tissu sphacèle.

Après avoir fait des lavages au sublimé, j'ai appliqué un pansement à la gorge iodoformée que je renouvelai tous les deux jours jusqu'au 21 novembre 1898. A cette époque, la plaie alla beaucoup mieux ; elle était presque complètement cicatrisée.

Le 27 décembre 1898, la plaie était complètement cicatrisée. On ne constate aucune trace de tumeur, il persiste seulement une petite cicatrice bien visible qui défigure un peu le visage de la malade.

OBSERVATION XVIII

Adénite cancéreuse de la joue droite.

(in Viger. Gaz. hebd. méd. et chir., 1892. n° 34.)

X..., 70 ans, entre au commencement d'avril 1887 dans le service de M. le professeur Poncet.

Sur la lèvre inférieure, épithélioma à forme ulcéreuse occupe les trois quarts de la lèvre en partant de la commissure droite.

On constate dans la joue droite, un peu au-dessus du bord inférieur du maxillaire inférieur et correspondant à l'arcade dentaire, la présence d'une petite tumeur.

Cette dernière, du volume d'une grosse noisette, offre une consistance ferme, elle roule difficilement sous le doigt. Elle accompagne la faciale.

Pas de ganglions sous-maxillaires ou sus-hyoïdiens.

20 avril 1887. Excision de l'épithélioma.

L'ablation de la tumeur révèle un ganglion ayant subi la dégénérescence néoplastique.

OBSERVATION XIX

Adénite génienne consécutive à un cancroïde.

(in Thèse de Vigier. Lyon 1892.)

L..., âgée de 78 ans, cultivateur, entre le 10 décembre 1892, dans le service de M. le professeur agrégé Pollosson, avec le diagnostic de cancroïde de la face. Le néoplasme siège au côté droit, au niveau de l'arcade zygomatique, il est ulcéré, à bords soulevés, à fond sanieux. Les dimensions sont celles d'une pièce de 2 francs. Son développement d'abord très lent a fait des progrès assez rapides depuis que l'ulcération s'est produite.

Dans la région sous maxillaire correspondante, on trouve un ganglion lymphatique du volume d'une noix, très dur et présentant un certain degré d'adhérence avec les parties voisines et avec des ganglions voisins plus petits. En avant du masséter droit, sur le trajet de la faciale, à 2 centimètres au-dessus du bord inférieur du maxillaire inférieur, petit ganglion du volume d'un gros pois. Cette tumeur, assez mobile, est superficielle, et semble siéger sous la peau.

15 décembre 1892. Le malade est opéré par M. Pollosson qui enlève préalablement le ganglion antimassétérein et les ganglions sous-maxillaires.

OBSERVATION XX

Polyadénite buccale et sus-maxillaire consécutive à une lymphadénie.

(In thèse de Capette Laplène. Bordeaux, 1899.)

Madame G..., me fait appeler le 5 février 1899, auprès de sa mère âgée de 63 ans. Elle m'explique que depuis très longtemps (4 ans environ), sa santé s'est altérée, elle est devenue très pâle et très faible, au point que ses jambes ne peuvent plus la porter. Depuis un mois, elle garde le lit la face est bouffie et déformée, les lèvres tuméfiées. Le cou très gros et parsemé de nodosités irrégulières, donne à la malade une impression étrange. La respiration se fait mal d'ailleurs ainsi que la déglutition. La température est élevée, 38°5. L'état nous paraît grave au premier abord mais le pronostic s'assombrit après examen plus approfondi. En effet, l'examen de l'appareil lymphatique de la malade ne nous laisse aucun doute sur l'affection dont elle est atteinte. Il s'agit bien d'une lymphadénie à marche rapide avec invasion de presque tous les groupes ganglionnaires, corps. Notre attention se porte plus spécialement sur le côté droit du cou et de la face, au niveau duquel se dessine déjà sous la peau un chapelet ascendant de ganglions hyperplasiés. La maladie s'est chargée dans ce cas particulier de réaliser une injection des ganglions bien mieux faite et plus apparente à l'œil que n'aurait pu le faire la main d'un anatomiste. Je constate : 1° un ganglion buccal de la grosseur d'un gros pois au-dessous du canal de Stenon ; 2° un ganglion sus-maxillaire entre la veine et l'artère faciales que l'on sent battre en avant et qui transmet ses battements (ce ganglion occupe toute la hauteur de la face externe du maxillaire inférieur) ; 3° un ganglion plus volumineux que les précédents et à cheval sur le bord inférieur du maxillaire, touchant au ganglion sus-maxillaire par

en haut, et au ganglion sous-maxillaire par en bas. Les deux faces et le bord inférieur du maxillaire inférieur étaient, dans ce cas, reçus dans une masse ganglionnaire concave, d'apparence continue, mais dans laquelle la palpation méthodique et attentive permettait de séparer les ganglions les uns des autres comme nous venons de l'indiquer.

La malade est morte un mois après de consommation, sans qu'il nous ait été permis de vérifier notre diagnostic par une autopsie.

OBSERVATION XXI

Adénite maxillaire droite. Nouvelle poussée sous l'influence de la syphilis.

(In thèse de Capette Laplène, Bordeaux, 1899.)

H..., caporal infirmier, âgé de 24 ans.

Rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels. S'est aperçu au commencement d'avril, d'une petite grosseur du volume d'un pois, à la région sous-maxillaire droite. Cette tumeur ne provoquant ni douleur, ni gêne, a grossi peu à peu ; actuellement, elle est double du volume primitif. Vingt jours après, une petite tumeur nouvelle, indolore, de la grosseur d'un grain de maïs, s'est formée au-dessus, sur le côté extrême du maxillaire inférieur, au voisinage du bord antérieur du masséter.

Au commencement de juin, a contracté la syphilis, apparition d'un chancre sur le côté droit de la lèvre inférieure ; plaques muqueuses à la gorge et dans la cavité buccale. A la suite, ce ganglion a augmenté brusquement de volume, et actuellement il est de la grosseur d'une noisette.

Le ganglion sous maxillaire a à peine augmenté de volume.

Ce malade suit, depuis quelques jours, un traitement spécifique.

OBSERVATION XXII

Adénite génienne sous-muqueuse suppurée

(Mériel in Gaz. hebdomadaire, médecine et chirurgie, 1900.)

La malade est âgée de 44 ans et a toujours présenté une mauvaise dentition ; elle a six molaires presque entièrement cariées et malgré cela n'aurait jamais été sujette aux fluxions dentaires : Vers le 15 août 1899, la malade eut de la gingivite au niveau de la mâchoire supérieure du côté droit ; des douleurs ainsi que de l'enflure de la joue droite survenant ensuite, firent penser à une vulgaire fluxion dentaire. Mais au bout de six jours, l'enflure avait augmenté, gagnant la paupière inférieure en haut, le bord du maxillaire inférieur en bas et la région parotidienne en arrière, tandis qu'en avant la tuméfaction s'arrêtait nettement à trois centimètres environ de la commissure labiale, Toute cette région était chaude, douloureuse, les mouvements de mastication étaient gênés et la cavité buccale s'ouvrait avec peine. A ce moment, la malade elle-même s'aperçoit de l'existence sur la face interne de la joue, à peu près au niveau de la première molaire supérieure, d'une petite masse arrondie dans la muqueuse du volume d'une petite noix. Cette petite masse, d'abord indurée, se ramollit et s'ouvre spontanément pendant la nuit, neuf jours après le début des accidents.

La malade se réveille avec l'haleine mauvaise et crache quelques gouttes de liquide purulent mêlé à la salive. Les phénomènes inflammatoires s'amendent rapidement. La tuméfaction généralisée de la joue s'affaïsse, il ne reste plus qu'une indu-

ration sur la face externe de la joue, tandis qu'à la face interne, en un point correspondant, se trouvait une ulcération et une fistule, ce qui décide la malade à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on constate une induration arrondie, douloureuse au palper, siégeant à trois centimètres de la commissure labiale dans la région du buccinateur ; cette induration correspondait à une ulcération saillante sur la muqueuse de la face interne de la joue.

La malade, après un râclage à la curette et plusieurs lavages antiseptiques, quitte l'hôpital, guérie. Un mois après, la fistule était guérie, mais il persistait dans l'épaisseur de la joue un nodule induré gros comme un pois chiche et totalement indolore. Ce nodule avait complètement disparu deux mois après.

En résumé, il s'agit là d'une adénite due à un processus infectieux, issu de la carie dentaire et qui diffère du type habituellement observé, tant par le siège sous-muqueux du ganglion que par son évolution d'abord aiguë, puis chronique.

CONCLUSIONS

Au point de vue anatomique les ganglions géniens sont inconstants dans leur nombre, leur forme, leur position ; ils sont situés sur le trajet des lymphatiques qui vient du nez, des lèvres, des joues, des alvéoles dentaires aux ganglions parotidiens ou sous-maxillaires. Ils ne deviennent apparents que sous l'influence d'une poussée congestive.

Comme dans toute région contenant des ganglions, on observe à la face des adénites infectieuses, tuberculeuses, syphilitiques, néoplasiques et des tumeurs de ces ganglions, mais dans la grande majorité des cas ces adénites reconnaissent pour cause des lésions gingivo-dentaires.

Au début il s'agit simplement de l'inflammation d'un ganglion lymphatique c'est l'adénite simple ; si l'infection continue le ganglion suppure, le pus envahit les tissus voisins c'est l'adénophlegm. L'adénite peut aussi évoluer lentement et tendre à la chronicité quand la cause qui l'a déterminée continue à agir.

Le plus souvent il suffira de penser à la possibilité d'une adénite génienne pour la reconnaître et la diagnostiquer avec certitude.

Le traitement de la cause, dent malade ou lésion gingivale amène une guérison rapide de l'affection ; l'intervention ne s'impose que dans les adénites suppurées.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
HUTINEL.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer.

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — Adénites géniennes. Archives provinciales de chirurgie, 1895.
- AUBERT. — Société des sciences médicales de Lyon, 1895.
- BOURGERY et JACOB. — Atlas d'anatomie. Tome IV, pl 86, 1831-1844.
- BOYER. — Traité d'Anatomie. Tome III, p. 263. 1815.
- BUCKBINDER. — Über die Lage und die erkrankung der Wangen lymphdrüsen. Beitr zur klin. chir., 1899.
- CAPETTE LAPLÈNE. — Les ganglions de la face. Thèse Bordeaux, 1899.
- CLOQUET. — Anatomie de l'homme, 1821-1828.
- CONTENAU. — Adénites d'angine dentaire. Thèse, Paris. 1902.
- CRUIKSHANKS. — The anatomy of the absorbing vessels of the human body, 1786.
- CRUVEILHIER. — Anatomie descriptive : angéiologie, 1854.
- DEBIERRE. — Ganglions cervico faciaux. Gaz. hebdomad. de médecine et chirurgie, 20 août 1892.
- DOR. — Nouvelle mycose à gros grains jaunes. Gaz. hebd. de méd. et chir., 1896, n° 47.
- ELIA. — Phlegmon cervico-facial mortel suite d'affection dentaire. Lancet, London, 1890.
- FÉRIER. — Manifestation buccale de la grippe simulant une odontopathie, Bulletin de la Soc. de stomatologie, 1901.

- FOURNIER. — Chancres extra-génitaux, page 86 et 211.
- GALLET. — Atlas iconographique, 1848.
- GRAY. — Anatomie. 1887.
- KUTTNER. — Ueber die Lymphgefässe der äusseren nare, Bechage zur. klin. chirurg. Bd. 55, 1899.
- Die Lymydrüsen der wange und ifu kliniscle Bedeutung. Zectcalblatt für chirurgie, Bd. 30. 1903.
- LEBEDINSKY. Des adénites génienues. Arch. de Stomatologie, nos 7, 8, 10, 11, 1902.
- A propos des adénites génienues. Arch. de Stomatologie. janvier 1904.
- LENORCY. — Sur un cas d'adénite génienne consécutive à une pyodermite. Thèse, Paris, 1903.
- LUSCHKA. — Die Anatomie du Menschen.
- MAINGUYE. — Adénopathie cervico faciale d'origine dentaire. Gaz. Méd., Nantes, 1900.
- MASCAGNI. — Vasorum lymphaticorium corporis humain historia et iconographia, page 61, pl. XXVI, fig. 1, 1786.
- MÉRIEL. — Adénites génienues sous-muqueuses suppurées. Gaz. hebdom. médecine et chirurgie, n° 49, 1900.
- R. MONTÈS (d'Alger). — Adénites génienues. Thèse, 1905.
- NOGUÉ. — Un cas d'adénite génienne. Arch. de Stomatologie, janvier 1904.
- Des adénites génienues d'origine dentaire. Arch. de Stomatologie, mars 1905.
- PARTSCH. — Odontologische Blätter, 1900.
- L.-H. PETIT. — Adénites de la joue, ou adénites de Poncet. Union médicale, 1892.
- POIRIER. — Traité d'anatomie humaine, t. I. p. 1273.
- POLLOSSON. — Abscess et fistules d'origine dentaire. Province médicale, 10 nov. 1888.
- POLYA ET V. NAVRATIL. — Untersuchungen über die Lymphbahnen der Wangenschleimhaut. Deutsches zeit. für Chirurgie. Bd. 66. 1904.
- PONCET. — Pseudoactinomycose cervicofaciale : Phlegmons sup-

purés de la face et du cou dus à une nouvelle mycose à gros grains jaunes. Congrès français de chirurgie, 1896.

PONCET ET BERARD. — Traité de l'actinomycose, 1838.

POULET ET BOUSQUET. — Traité de pathologie externe.

PRINCETEAU. — Ganglions lymphatiques de la joue. Gaz. heb. des sciences médicales. Bordeaux, 1899.

— Les glandules salivaires. Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, juin 1899.

RAUBER. — Lehrbuch der anatomie des Menschen, 1893.

SAPPEY. — Iconographie des lymphatiques.

TESTUT. — Traité d'anatomie. Tome II, 2^e édit. p. 300.

THÉVENOT. — Des adénites géniennes. Gaz. des hôpitaux. 21 avril 1900.

TILLAX. — Anatomie topographique. Ganglions du cou,

TREUNDEL. — Ueber das Vorkommen von Lymphdrüsen in der Wangensubstanz und ihre klinische Bedeutung. Beitr. zur klinischen Chirurgie. Bd. 69. 1903.

VIGIER. — Des adénites géniennes. Gaz. heb. 1892, n^o 31.

— Des adénites géniennes. Thèse, Lyon, 1892.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)
